



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΤΛΟ

**Αξιολόγηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και η συσχέτισή της με
την Επαγγελματική Ικανοποίηση των Νοσηλευτών του Π.Γ.Ν.Π.
«Παναγία η Βοήθεια»**

Evaluation of Occupational Burnout and its correlation with the Job
Satisfaction of Nurses of U.G.H.P. "Panagia the Help"

Ονοματεπώνυμο Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας:

Παναγιώτα Αποστολοπούλου

A.M.: 20161379

Επιβλέποντες:

Δρ. Βασιλική Καπάκη, Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια Οικονομικών της Υγείας,
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Κυριάκος Σουλιώτης, Καθηγητής Πολιτικής Υγείας, Σχολή Κοινωνικών και
Πολιτικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΑΘΗΝΑ 2020

Στη μονάκριβή μου Μαρία-Άννα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα Διδάκτωρ Πολιτικής Υγείας και Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια Οικονομικών της Υγείας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου κα Βασιλική Καπάκη για την πολύτιμη βοήθεια, τις συμβουλές και την καθοδήγηση που μου προσέφερε για την ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στους συμμετέχοντες συναδέλφους που αφιέρωσαν από τον πολύτιμο χρόνο τους για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Θεωρητικό υπόβαθρο: Το νοσηλευτικό έργο ασκείται συνήθως σε στρεσογόνες συνθήκες, κάποιες φορές σε ιδιαίτερα ακραίες εντάσεις με αποτέλεσμα τη σωματική και ψυχική φόρτιση των νοσηλευτών που μπορεί να οδηγηθούν σε εξάντληση και δυσαρέσκεια.

Σκοπός: Η διερεύνηση των επιπέδων της Επαγγελματικής Εξουθένωσης(ΕΕ) και Επαγγελματικής Ικανοποίησης(ΕΙ) καθώς και οι συσχετίσεις των διαστάσεών τους με δημογραφικά, επαγγελματικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών που εργάζονται στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Παναγία η Βοήθεια»(Π.Γ.Ν.Π).

Υλικό- Μεθοδολογία: Το δείγμα ευκολίας αποτέλεσαν 212 νοσηλευτές όλων των βαθμίδων του Π.Γ.Ν.Π. Για τη συλλογή των στοιχείων της έρευνας συμπληρώθηκαν ανώνυμα τα ερωτηματολόγια της κλίμακας καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory) και της κλίμακας Επαγγελματικής Ικανοποίησης(Job Satisfaction Survey, Spector). Πραγματοποιήθηκαν και συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΕΙ και της ΕΕ. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το IBM SPSS 21.0.

Αποτελέσματα: Αρκετοί νοσηλευτές παρουσιάζουν υψηλή συναισθηματική εξάντληση(43,9%), υψηλή αποπροσωποποίηση (39,2%) και υψηλά προσωπικά επιτεύγματα(40,6%). Η επαγγελματική ικανοποίηση συνολικά κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα(MT=113,8). Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΕΙ και της ΕΕ, καθώς και με τα αυξημένα έτη προϋπηρεσίας, των εργαζομένων με μεταπτυχιακό/διδακτορικό, τις απογευματινές βάρδιες/μήνα, τα νυχτερινά/μήνα, όσων είχαν παιδιά, τους συμβασιούχους/αορίστου χρόνου, τον αριθμό φροντίδας ατόμων/βάρδια, το μηνιαίο ατομικό εισόδημα, τα έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα, στο νοσοκομείο και στο τμήμα.

Συμπεράσματα: Η λήψη μέτρων υποστήριξης των νοσηλευτών και βελτίωσης των συνθηκών εργασίας σε οργανωσιακό επίπεδο αποτελεί επιτακτική ανάγκη. Η ανάπτυξη της Διασυνδετικής/Συμβουλευτικής Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας θα υποστηρίξει την υγεία των εργαζομένων, θα μειώσει τον χρόνο και το κόστος νοσηλείας και θα συμβάλει στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Νοσηλευτές, Επαγγελματική εξουθένωση, Επαγγελματική Ικανοποίηση, Διασυνδετική/Συμβουλευτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας.

ABSTRACT

Background: Nursing work is usually practised in stressful conditions, sometimes in extreme stress resulting in physical and mental strain on nurses that can lead to exhaustion and dissatisfaction.

Purpose: The investigate of the levels of Burnout(B) and Job Satisfaction(JS) as well as the correlations of their aspects with demographic, occupational and social characteristics of nurses working at the University General Hospital of Patras "Panagia the Help" (U.G.H.P.).

Material- Methodology: The sample was 212 nurses of all levels of U.G.H.P. In order to collect the research data, the questionnaires of the Maslach Burnout Inventory scale and Job Satisfaction Survey (Spector). Correlations were also made between the factors of B and JS. Data analysis was with IBM SPSS 21.0.

Results: Many nurses present high emotional exhaustion (43.9%), high depersonalization (39.2%) and high personal accomplishments (40.6%). Overall job satisfaction ranges to moderate levels (AVG= 113.8). Statistically significant correlations were observed between job satisfaction and burnout factors, as well as with the increased years of previous service, postgraduate or PHD employees, afternoon shifts per month, night shifts per month, those who had children, contractors or permanent employees, number of patients care per shift, monthly personal income, years of service in the profession, hospital and department.

Conclusions: Taking measures to support nurses and improve working conditions at the organizational level is imperative. The development of Consultation /Liaison Nursing will support the health of employees, reduce the time and cost of hospitalization and will help improve health care provided.

Keywords: Nurses, Burnout, Job Satisfaction, Consultation /Liaison Nursing.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	5
ΠΙΝΑΚΕΣ- ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ.....	8
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11

Α΄ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	13
-------------------------	----

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	13
1.2 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.....	15
1.2.1 Παράγοντες Επαγγελματικού στρες	16
1.2.2 Παράγοντες Επαγγελματικού στρες και Νοσηλευτές	17
1.2.3 Συνέπειες Επαγγελματικού στρες.....	19

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ	22
--------------------------------	----

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	22
2.2 ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ	23
2.2.1 Μοντέλο τριών διαστάσεων της Maslach.....	23
2.2.2 Διαδραστικό Μοντέλο Cherniss.....	244
2.2.3 Μοντέλο Pines.....	24
2.2.4 Μοντέλο Edelwich και Brodsky	24
2.2.5 Μοντέλο της Κοπεγχάγης	26
2.3 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ	27
2.4 ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ	28
2.4.1 Εργασιακό περιβάλλον	29
2.4.2 Ιδιαιτερότητες Νοσηλευτικών τμημάτων.....	33
2.4.3 Το άμεσο περιβάλλον του αρρώστου	35
2.4.4 Τα προσωπικά χαρακτηριστικά του Νοσηλευτή.....	35
2.4.5 Δημογραφικά χαρακτηριστικά	38
2.5 Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ.....	42
2.6 ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ	45
2.6.1 Ατομικά μέτρα.....	45
2.6.2 Διοικητικά μέτρα.....	47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	50
---------------------------------	----

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	50
3.2 ΘΕΩΡΙΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	52
3.3 ΘΕΩΡΙΕΣ ΥΠΟΚΙΝΗΣΗΣ.....	54
3.3.1 Η θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών του Maslow.....	54
3.3.2 Η θεωρία του Alderfer (Existence, Relatedness, Growth, ERG).....	55
3.3.3 Η θεωρία των δυο παραγόντων του Herzberg	55
3.3.4 Η θεωρία των κινήτρων επίτευξης του McClelland	55
3.3.5 Η θεωρία της στοχοθέτησης του Locke	56
3.3.6 Η θεωρία Χ και Υ του McGregor	56

3.3.7 Η θεωρία των προσδοκιών του Vroom.....	577
3.3.8 Η θεωρία της Ισότητας του Adams.....	57
3.3.10 Το μοντέλο των χαρακτηριστικών της εργασίας του Hackman and Oldham(1976).....	57
3.3.11 Η θεωρία της ενίσχυσης.....	58
3.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	59
3.4.1 Ατομικοί παράγοντες.....	59
3.4.2 Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	59
3.5 ΑΙΤΙΑ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	60
3.5 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	61
3.6 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	63
3.7 ΜΕΤΡΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	64
--	----

4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	64
4.2 ΗΓΕΣΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	65
4.3 ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ/ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	70
4.3.1 Ο ρόλος του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας στη Διασυνδετική/ Συμβουλευτική στο γενικό νοσοκομείο.....	71
4.3.2 Επαγγελματική εξουθένωση και πανδημία	72

Β΄ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ – ΕΡΕΥΝΑ.....	75
5.1 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	75
5.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	76
5.3 ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	77
5.4 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ.....	78
5.5 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	80
5.6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	81
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	136
6	
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	1422
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....	1433
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	1455
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	1466
ΔΙΕΘΝΗΣ	1466
ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ.....	1522
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	1577
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	1577

ΠΙΝΑΚΕΣ- ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

Πίνακας 1. Μέγεθος δείγματος.....	76
Πίνακας 2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά εργαζομένων	81
Πίνακας 3. Τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων	83
Πίνακας 4. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις τρεις κλίμακες του ερωτηματολογίου επαγγελματικής εξουθένωσης	88
Πίνακας 5. Οι κατηγορίες εξουθένωσης των συμμετεχόντων.....	88
Πίνακας 6. Οι απαντήσεις των εργαζομένων στις 22 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου για την επαγγελματική εξουθένωση	89
Πίνακας 7. Τα περιγραφικά αποτελέσματα για τις 36 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της επαγγελματικής ικανοποίησης.....	92
Πίνακας 8. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις 9 κλίμακες του ερωτηματολογίου της επαγγελματικής ικανοποίησης.....	96
Πίνακας 9. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη συνολική ικανοποίηση	97
Πίνακας 10. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική ικανοποίηση	99
Πίνακας 11. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από τον μισθό.....	100
Πίνακας 12. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση από τον μισθό.....	102
Πίνακας 13. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από την προαγωγή.....	103
Πίνακας 14. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση από την προαγωγή.....	105
Πίνακας 15. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από την επίβλεψη	106
Πίνακας 16. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση από την επίβλεψη	108
Πίνακας 17. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από τις πρόσθετες απολαβές.....	109
Πίνακας 18. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση από τις πρόσθετες απολαβές.....	111
Πίνακας 19. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από τις επιβραβεύσεις	112
Πίνακας 20. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση από τις επιβραβεύσεις	114
Πίνακας 21. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από τις λειτουργικές συνθήκες	115

Πίνακας 22. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση από τις λειτουργικές συνθήκες	117
Πίνακας 23. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από τους συναδέλφους.....	118
Πίνακας 24. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση από τις λειτουργικές συνθήκες	120
Πίνακας 25. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από την φύση της εργασίας	121
Πίνακας 26. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση από την φύση της εργασίας	123
Πίνακας 27. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από την επικοινωνία	124
Πίνακας 28. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση από την επικοινωνία	126
Πίνακας 29. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την συναισθηματική εξάντληση.....	127
Πίνακας 30. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την συναισθηματική εξάντληση.....	129
Πίνακας 31. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την αποπροσωποποίηση	130
Πίνακας 32. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την αποπροσωποποίηση	132
Πίνακας 33. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τα προσωπικά επιτεύγματα	133
Πίνακας 34. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τα προσωπικά επιτεύγματα	135
Γράφημα 1. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων	82
Γράφημα 2. Επαγγελματικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων	85
Γράφημα 3. Τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων.....	86
Γράφημα 4. Οι κατηγορίες εξουθένωσης των συμμετεχόντων	88
Γράφημα 5. Συνολική ικανοποίηση για τις 9 κλίμακες του ερωτηματολογίου της επαγγελματικής ικανοποίησης.....	96

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Διεθνείς όροι

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας(HIV))

COVID-19:Coronavirus disease 2019(Οξεία αναπνευστική νόσος 2019)

EU-OSHA: European Agency for Safety and Health at Work (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Υγεία και την Ασφάλεια στην Εργασία)

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems(Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας)

OECD (ΟΟΣΑ): Organization for Economic Co-operation and Development (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης)

SARS(ΣΟΑΣ): Severe Acute Respiratory Syndrome)(Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο)

SPSS:Statistical Package for Social Sciences

WHO (Π.Ο.Υ): World Health Organization(Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)

Ελληνικοί όροι

A: Αποπροσωποποίηση

ΑΕΠ: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

Δ/Σ: Διασυνδετική/ Συμβουλευτική

ΔΕ: Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης

Ε.Ε: Ευρωπαϊκή Ένωση

ΕΕ: Επαγγελματική Εξουθένωση

ΕΨΥΚΑ: Εταιρεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών

ΗΒ: Ηνωμένο Βασίλειο

ΗΠΑ:Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

ΜΕΘ: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Π.Γ.Ν.Π.: Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

ΠΕ: Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, ΤΕ: Τεχνολογικής εκπαίδευσης

ΠΕ: Προσωπικά Επιτεύγματα

ΤΕΠ: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

ΨΝΘ: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον WHO(2019) ένα αρνητικό εργασιακό περιβάλλον μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας και παθολογικές συμπεριφορές όπως είναι το κάπνισμα, η χρήση ουσιών, αλκοόλ, η απουσία από την εργασία, η μειωμένη παραγωγικότητα, τα λάθη, οι συγκρούσεις κ.α. Μια πρόσφατη μελέτη με επικεφαλής τον Π.Ο.Υ εκτιμά ότι η κατάθλιψη και οι διαταραχές άγχους κοστίζουν στην παγκόσμια οικονομία 1 τρισεκατομμύριο δολάρια κάθε χρόνο σε χαμένη παραγωγικότητα. Οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την εργασία προέρχονται από την αλληλεπίδραση του οργανωσιακού περιβάλλοντος, του τρόπου διοίκησης, του τύπου της εργασίας, των χαρακτηριστικών του εργαζόμενου σε κίνητρα, προετοιμασία, δεξιότητες, ικανότητες, διαθεσιμότητα, καταλληλότητα, επιλογές. Το επαγγελματικό περιβάλλον των νοσηλευτών είναι επιφορτισμένο με υψηλό φόρτο εργασίας, κυκλικό ωράριο, εμπειρίες συχνών απωλειών, συχνά και της ίδιας της ζωής, βία, κινδύνους, ανασφάλεια, εντάσεις και διαρκές στρες. Ο εργαζόμενος που βιώνει για μεγάλο χρονικό διάστημα υπερβολικό στρες χωρίς ανατροφοδοτικά διαλείμματα ή προσωπικούς συναισθηματικούς και σωματικούς πόρους εύκολα οδηγείται σε εξουθένωση.

Το νοσηλευτικό προσωπικό που βιώνει συνεχώς εξάντληση αποδυναμώνεται, έχει μειωμένες επιδόσεις, αίσθημα αναποτελεσματικότητας, συναισθηματική απόσταση από τους ασθενείς, τις καταστάσεις, τους συναδέλφους. Λαμβάνει από την εργασία του απογοήτευση και χαμηλή ικανοποίηση σε σημείο που μπορεί να παραιτηθεί. Τις τελευταίες δεκαετίες πολλαπλή ερευνητική δραστηριότητα στον διεθνή χώρο συσχετίζει την επαγγελματική εξουθένωση(burnout) και την επαγγελματική ικανοποίηση όλων των επαγγελματιών υγείας με τα λάθη, τις παραβλέψεις, τους θανάτους, τη μειωμένη παραγωγικότητα, τις συγκρούσεις, τις παραιτήσεις, την κακής ποιότητας προσωπική ζωή, τις αυτοκτονίες. Η ικανοποίηση των εργαζομένων, όπως και η ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών υγείας αποτελούν δείκτες μέτρησης ποιότητας παροχής φροντίδας, αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας για τον οργανισμό. Το ενδιαφέρον παγκόσμια στρέφεται σε οργανωτικές βελτιώσεις, σε διοικητικές μεταρρυθμίσεις και σε ατομικές προσεγγίσεις προσωπικής ανάπτυξης των

εργαζομένων. Οι έρευνες σε όλα τα επίπεδα επικεντρώνονται στην έγκαιρη ανίχνευση των αιτιών της επαγγελματικής εξουθένωσης, στην έκταση των προβλημάτων που δημιουργεί, ώστε να αντιμετωπιστούν έγκαιρα.

Η παρούσα μελέτη αισιοδοξεί να συμβάλει στη διαχρονική διερεύνηση των αιτιών και συνεπειών της επαγγελματικής εξουθένωσης και ειδικά στη συσχέτισή τους με παραμέτρους των συνθηκών εργασίας, της επαγγελματικής ικανοποίησης και των ατομικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών που εργάζονται στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών (Π.Γ.Ν.Π.) «Παναγία η Βοήθεια» στο νομό Αχαΐας. Επίσης ευελπιστεί να αποτελέσει έναυσμα προγραμματισμού διοικητικών παρεμβάσεων για την περαιτέρω ανάπτυξη της Διασυνδετικής/ Συμβουλευτικής υπηρεσίας με τη συμμετοχή του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας, ώστε να υποστηρίζεται συστηματικά η επιστημονική προσέγγιση και αντιμετώπιση των προβλημάτων όλων των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε αυτό. Το Π.Γ.Ν.Π. είναι ένα σύγχρονο νοσοκομείο δυναμικότητας >700 κλινών, >30 εξοπλισμένων κλινικών, εξωτερικών ιατρείων και σύγχρονων εξοπλισμένων εργαστηρίων, το οποίο προσφέρει δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας στους πολίτες. Περισσότεροι από 1500 ασθενείς εξυπηρετούνται καθημερινά και απασχολεί >1700 εργαζόμενους.

Στο πρώτο μέρος της παρούσας εργασίας γίνεται βιβλιογραφική ανασκόπηση και εννοιολογική προσέγγιση του επαγγελματικού στρες και της σύνδεσής του με την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών, καταγραφή των αιτιών, των προβλημάτων και των μέτρων προφύλαξης και αντιμετώπισης από το σύνδρομο burnout. Επίσης γίνεται η σύνδεση της επαγγελματικής εξουθένωσης με την επαγγελματική ικανοποίηση μέσα από τη διερεύνηση διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας των παραγόντων που προκαλούν χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση στους νοσηλευτές και τέλος αναλύονται οι στάσεις της διοίκησης αναφορικά με τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού, την βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και την αναγκαιότητα της ανάπτυξης της Διασυνδετικής/Συμβουλευτικής Νοσηλευτικής. Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζεται η μεθοδολογία, τα αποτελέσματα της έρευνας και τα συμπεράσματα. Στο τέλος παρατίθενται η βιβλιογραφία και τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν.

Α΄ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

1.1 Εισαγωγή

Η έννοια του στρες περιλαμβάνει την πίεση(ένταση) που βιώνει το άτομο όταν καλείται να απαντήσει σωματικά και συναισθηματικά σε εσωτερικά ή και εξωτερικά αλληλεπιδρώντα ερεθίσματα. Είναι μια φυσιολογική πολύπλοκη διεργασία του οργανισμού που τον βοηθά να αντιδράσει και να επιβιώσει, στην οποία συμμετέχουν ο εγκέφαλος, το ανοσοποιητικό σύστημα και οι αδένες. Περιγράφεται από τον Selye ως γενικό προσαρμοστικό σύνδρομο σε τρεις φάσεις. Στην πρώτη, φάση επαγρύπνησης, το σώμα τίθεται σε κατάσταση συναγερμού, η οποία μπορεί να επιφέρει κάποια ασθένεια ή και το θάνατο, καθώς ο οργανισμός δεν αντέχει το παρατεταμένο ερέθισμα. Ακολουθεί η φάση της αντίστασης, όπου ο οργανισμός προσπαθεί να προσαρμοστεί και να ισορροπήσει και αν δεν τα καταφέρει περνά στην τελική φάση της εξάντλησης (Lecic-Tosevski et al.,2011;Selye, 1946).

Οι μορφές απαντητικότητας διαφέρουν από άτομο σε άτομο και επηρεάζονται από την προσωπικότητα του ατόμου, από τον τρόπο ζωής του, τη σωματική και ψυχική του κατάσταση, το είδος και την επιμονή της στρεσογόνου απαίτησης. Έχουν περιγραφεί δυο τύποι προσωπικότητας, Α και D που είναι επιρρεπείς στο στρες. Την προσωπικότητα τύπου Α την χαρακτηρίζει η διαρκής ένταση, η έντονη ανταγωνιστικότητα, οι βιαστικές κινήσεις, η αδυναμία χαλάρωσης, η φιλοδοξία για κοινωνική ανάδειξη, οι υψηλές απαιτήσεις από τον εαυτό της και τους άλλους, η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Τα άτομα αυτά έχουν προδιάθεση για καρδιαγγειακά νοσήματα, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, στεφανιαία νόσο κλπ. Η προσωπικότητα τύπου D έχει χαμηλές αντοχές στις δυσκολίες, βιώνει εντατικά αρνητικά συναισθήματα, τα οποία δεν εξωτερικεύει από το φόβο της αντίδρασης από το περιβάλλον του και κοινωνική αναστολή. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν μειωμένη

προσαρμοστική ικανότητα στο στρες από θυμό, πιθανά από την υψηλότερη έκθεση σε χρόνια δυσφορία και είναι ευάλωτοι στις στεφανιαίες νόσους(Lecic-Tosevski et al., 2011).

Η προσωπικότητα τύπου B χαρακτηρίζεται από την ικανότητα να διαχειρίζεται με ηρεμία στρεσογόνες απαιτήσεις, να χαλαρώνει και να μην εξαντλείται. Έτσι μια στρεσογόνα πηγή μπορεί να προκαλέσει το ενδιαφέρον της ζωής και να ενισχύσει το άτομο με τεχνικές διαχείρισης του στρες(ευ-στρες, eustress), ενώ άλλη να επιβαρύνει σωματικά και ψυχολογικά το άτομο, ακόμα και να το εξαντλήσει, ειδικά εάν η ένταση είναι καθημερινή ή χρόνια, με αποτέλεσμα το άτομο να μην μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις(distress) (Yang et al., 2020;Gomez et al., 2020;John-Henderson et al.,2020;Μητρούση και συν., 2013).

Το στρες προκαλεί μια αλληλουχία αντιδράσεων στα αλληλεπιδρώντα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Έτσι έχουμε εκδηλώσεις από το καρδιαγγειακό, το νευρικό, το ενδοκρινικό, το ανοσοποιητικό, το μυοσκελετικό, το γαστρεντερικό και από την ψυχική σφαίρα. Το στρες συνδέεται με αύξηση της συχνότητας του καρδιακού παλμού, αύξηση του επιπέδου γλυκόζης στο αίμα, κεφαλαλγία, ναυτία, λιποθυμικά επεισόδια, δύσπνοια, εύκολη κόπωση, έντονη εφίδρωση, μυοσκελετικές και δερματικές εκδηλώσεις, ευαισθησία σε αλλεργίες, συχνές λοιμώξεις, υπέρταση, απώλεια ή λήψη βάρους, αδυναμία χαλάρωσης, συγκέντρωσης και λήψης αποφάσεων, συχνά λάθη, βιαστικές ενέργειες, κακή ποιότητα ύπνου, μειωμένη ευαισθησία, εκνευρισμό, ένταση και κρίσεις πανικού, εναλλαγές στη διάθεση, αίσθηση μη πληρότητας και με μια πληθώρα συμπεριφορών όπως, αργοπορίες, κακή οδήγηση, ψέματα, κλάματα, χαμηλή κοινωνικότητα, συγκρούσεις, αδυναμία λήψης συμβουλών, συχνές επικρίσεις, εκρίξεις θυμού, κακή διατροφή, κατανάλωση αλκοόλ και ουσιών, επιθετικότητα (Turner et al., 2020; Tobore, 2020; Reale et al., 2020; Φώσκολος, 2011).

Ο συνδυασμός στρες με αρνητικά συναισθήματα, όπως ο θυμός και με συμπεριφορές μη υγιεινές, όπως κατάχρηση αλκοόλ, ουσιών, κακή διατροφή, έλλειψη σωματικής δραστηριότητας αποτελεί σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα για την πορεία της υγείας του ατόμου.

1.2 Επαγγελματικό στρες και Υγεία

Ως επαγγελματικό στρες περιγράφεται η κατάσταση, η οποία δημιουργείται από την έκθεση του εργαζόμενου σε περιβάλλοντα με υψηλές εργασιακές απαιτήσεις. Το επαγγελματικό άγχος προκύπτει από την υποκειμενική αίσθηση της ανικανότητας του εργαζόμενου να ανταπεξέλθει στις εργασιακές αυτές απαιτήσεις, η οποία υπάρχει ακόμα και όταν δεν παρουσιάζεται πραγματική απειλή ή εξακολουθεί να υπάρχει ακόμα και όταν παρέλθει η αιτία που την προκάλεσε. Μπορεί να επιφέρει αλλαγές στη συμπεριφορά του ατόμου και στην υγεία του με πιθανούς τραυματισμούς ή ασθένειες (Κάντας, 1999). Έτσι το στρες επηρεάζει σημαντικά την απόδοση του εργαζόμενου και το ποιοτικό αποτέλεσμα της εργασίας. Η χαμηλή αποδοτικότητα ή η απουσία από ασθένεια επιβαρύνουν τον εργαζόμενο και την επιχείρηση (Ντελέζος και συν., 2014).

Η συστηματική έκθεση του εργαζόμενου σε αυξημένες εργασιακές απαιτήσεις, οι οποίες ξεπερνούν τις ικανότητές του να ανταπεξέλθει, σε συνδυασμό με τα ατομικά χαρακτηριστικά του, έχουν αρνητική επίδραση στη σωματική και ψυχική του υγεία (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999). Υψηλά επίπεδα επαγγελματικού άγχους μπορεί να οδηγήσουν σε επαγγελματική εξουθένωση (Maslach, 1982). Οι παράγοντες επαγγελματικού άγχους συμβάλλουν στα προβλήματα υγείας σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2005). Σύμφωνα με έρευνα του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, το 2014 το 51% των εργαζόμενων στην Ευρώπη ανάγει το επαγγελματικό άγχος σε συνηθισμένο φαινόμενο και το 16% "πολύ συνηθισμένο φαινόμενο". Ως σημαντικότερες αιτίες αναδείχθηκαν η εργασιακή ανασφάλεια ή η εργασιακή αναδιοργάνωση από τις χώρες με το υψηλότερο επίπεδο δημόσιου χρέους (>90%) (EU-OSHA, 2015).

Το άγχος θεωρείται από τους μισούς περίπου ευρωπαίους εργαζόμενους συνηθισμένο φαινόμενο στον χώρο εργασίας τους και ευθύνεται περίπου για τις μισές χαμένες εργάσιμες ημέρες. Οι μελέτες εκτιμούν ότι μόνο το άγχος που συνδέεται με την εργασία κοστίζει στις επιχειρήσεις και τις κυβερνήσεις αυτών περίπου 20 δισ. ευρώ σε απουσίες. Το 1999, το 14% των 15.000 εργαζομένων που

ήταν σε μακροχρόνια αναρρωτική άδεια δήλωσε ως αιτία το άγχος και την πνευματική πίεση. Το συνολικό κόστος από τις άδειες ασθένειας προς το κράτος το 1999 ήταν 2,7 δισ. € . Στις Κάτω Χώρες το 1998, οι ψυχικές διαταραχές ήταν η κυριότερη αιτία ανικανότητας (32%) και το κόστος της ψυχολογικής ασθένειας που σχετίζεται με την εργασία εκτιμάται ότι ανέρχεται σε 2,26 εκατ. ευρώ ετησίως(WHO, 2005).

Σε παγκόσμιο επίπεδο οι πιο συχνά εμφανιζόμενες ψυχικές διαταραχές που οφείλονται στην εργασία είναι οι αγχώδεις διαταραχές και η κατάθλιψη, ενώ σε χαμηλό ποσοστό σημειώνονται ακόμα και αυτοκτονίες (Στεφανίδου και συν., 2010). Στην Ελλάδα ένας στους δυο εργαζόμενους (ποσοστό 55%) δηλώνει ότι βιώνει έντονο άγχος στη δουλειά του, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στα άλλα ευρωπαϊκά κράτη της ΕΕ είναι 28%. Οι ψυχικές ασθένειες έχουν τεράστιο οικονομικό κόστος, αφού η κακή ψυχική υγεία κοστίζει το 3%-4% του ΑΕΠ στην Ε.Ε., εξαιτίας της απώλειας παραγωγικότητας και επιπρόσθετων βαρών σε υγεία, εκπαίδευση και δικαιοσύνη (Europa.eu:Green Paper,2005). Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και η πίεση του χρόνου είναι σύμφωνα με σχετική πρόσφατη μελέτη οι επιβαρυντικοί παράγοντες επαγγελματικού άγχους(Koreki et al., 2017).

1.2.1 Παράγοντες Επαγγελματικού στρες

Σε **ατομικό επίπεδο** είναι το σύστημα αξιών του επαγγελματία και οι προσδοκίες του, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, ο βαθμός ευαισθησίας και αντίδρασης απέναντι στις πιέσεις, οι επαγγελματικές του αδυναμίες και η ελλιπής προετοιμασία, η συνεχής έκθεση στον πόνο και τη θλίψη.

Σε **περιβαλλοντικό επίπεδο** είναι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, οι αντικρουόμενες απαιτήσεις και ασάφειες όσον αφορά τον ρόλο του εργαζόμενου, η έλλειψη συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων που επηρεάζουν τον εργαζόμενο και η έλλειψη επιρροής στον τρόπο διεξαγωγής της εργασίας, η κακή διαχείριση των οργανωτικών αλλαγών, η δυσχερής οργάνωση του χρόνου, η αμοιβή, η εργασιακή ανασφάλεια, η αναποτελεσματική επικοινωνία, η έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση ή τους συναδέλφους, η ψυχολογική και σεξουαλική παρενόχληση, η βία που ασκείται από τρίτους(Στεφανίδου και συν., 2010).

Μια από τις πιο διαδεδομένες μορφές παρενόχλησης στο χώρο εργασίας είναι το "σύνδρομο mobbing" (ή ο εκφοβισμός). Ασκείται ως κατάχρηση εξουσίας και είναι η επαναλαμβανόμενη παράλογη συμπεριφορά που στρέφεται προς ένα υπάλληλο ή

ομάδα εργαζομένων και δημιουργεί κίνδυνο για την υγεία και την ασφάλεια. Ορισμένα παραδείγματα μαζικού εκφοβισμού είναι ο αποκλεισμός, το κουτσομπολιά, η ταπείνωση των συναδέλφων εναντίον του θύματος, η γελοιοποίηση, η σεξουαλική παρενόχληση, η διάδοση ψευδών πληροφοριών, οι απειλές βίας και οι λεκτικές καταχρήσεις(Κοϊνης και Σαρίδη, 2013).

Σύμφωνα με την EU-OSHA, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες προκύπτουν από προβληματικό σχεδιασμό, οργάνωση και διαχείριση της εργασίας, καθώς και από μη υγιές κοινωνικό πλαίσιο της εργασίας και ενδέχεται να οδηγήσουν σε αρνητικά ψυχολογικά, σωματικά και κοινωνικά αποτελέσματα, όπως εργασιακό άγχος, εργασιακή εξουθένωση ή κατάθλιψη. Σχετικές έρευνες ανέδειξαν προβλήματα ως αποτέλεσμα της εργασίας, τους πονοκεφάλους(30,40%), τους πόνους στην πλάτη(28,9%), το στρες(26%), τους μυϊκούς πόνους(17,7%), την εξάντληση, διαταραχές ύπνου, τραυματισμούς κλπ.(Δημουλάς και συν.,2015).

1.2.2 Παράγοντες Επαγγελματικού στρες και Νοσηλευτές

Κάποια επαγγέλματα είναι ιδιαίτερα αγχογόνα, ειδικά όσα απαιτούν ταχύτητα αποφάσεων και ενεργειών που αφορούν την ανθρώπινη ζωή. Ανάμεσα σε αυτά είναι και το επάγγελμα του Νοσηλευτή, το οποίο επιτελείται πολλές φορές κάτω από δύσκολες περιβαλλοντικές συνθήκες. Το νοσηλευτικό επάγγελμα εμφανίζει σε διεθνές επίπεδο υψηλά ποσοστά ασθενειών και τραυματισμών που οφείλονται στην εργασία(Αθανασιάδης και συν.,2011).

Σε σχετικές μελέτες στις ΗΠΑ βρέθηκε, ότι οι νοσηλευτές παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό μυοσκελετικών παθήσεων από άλλα θεωρητικά επιβαρυμένα επαγγέλματα (8,7 τραυματισμοί ανά 100 νοσηλευτές με πλήρη απασχόληση), ελαττωμένη κυτταρική ανοσία οφειλόμενη στο εργασιακό στρες (Fukuda et al., 2008;Gershon et al.,2007).

Μελέτες δείχνουν την έκταση του εργασιακού στρες και στην Ελλάδα, ειδικά στους επαγγελματίες υγείας. Σε έρευνα των Τούντα και συν., σε διάφορα Νοσοκομεία της Αττικής βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές έχουν χειρότερη κατάσταση σωματικής και ψυχικής υγείας σε σύγκριση με άλλους επαγγελματίες υγείας (Tountas et al., 2003).

Τον αυξημένο φόρτο εργασίας και την αίσθηση ότι ο εργασιακός ρόλος έρχεται σε αντίθεση με τον οικογενειακό ανέδειξαν ως αιτίες εργασιακού στρες 140 νοσηλευτές γενικού νοσοκομείου της Αθήνας και της περιφέρειας σε σχετική έρευνα που έγινε

από τους Μουστάκα και συν. το 2006. Παρόμοια μελέτη ανέδειξε το ύψος των αποδοχών, τις συνθήκες εργασίας και τον φόρτο εργασίας- ωράριο εργασίας ως αιτίες δυσαρέσκειας των νοσηλευτών, αύξησης του στρες και αποχώρησης από την εργασία(Λαμπράκη και συν., 2016).

Την έλλειψη της κοινωνικής αναγνώρισης της προσφοράς τους, την έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση του νοσοκομείου και λιγότερο την περιορισμένη πιθανότητα προαγωγής ανέδειξε ως στρεσογόνους παράγοντες μελέτη που έγινε σε ελληνικά νοσοκομεία. Στην ίδια μελέτη ως επιβαρυντικός στρεσογόνος παράγοντας αναδείχθηκαν οι αυξημένες νυχτερινές βάρδιες(Μουστάκα και συν., 2010).

Μελέτη που έγινε το 2013 σε νοσηλευτές στην Ελλάδα ανέδειξε ως πηγές στρες την επαφή με το θάνατο, τις σχέσεις με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, τις συγκρούσεις με τους επόπτες και την αβεβαιότητα του θεραπευτικού αποτελέσματος (Sarafis et al.,2016). Επίσης σε σχετική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 579 επαγγελματίες υγείας σε πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας στο νομό Κορίνθου ανέδειξε ως κυριότερους στρεσογόνους παράγοντες τον μεγάλο φόρτο εργασίας (57,5%), τις αντίξοες συνθήκες (51,9%), το κυλιόμενο ωράριο (44,5%) και την οικονομική κρίση (50,3%)(Σαρίδη και συν., 2016).

Οι φυσικές συνθήκες εργασίας, ο ρόλος του εργαζόμενου και η σχέση του με το περιβάλλον εργασίας του περιλαμβάνουν παραμέτρους που σχετίζονται με τους εργασιακούς στρεσογόνους παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί είναι βιολογικοί, φυσικοί, χημικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί, εργονομικοί (Τούντας, 2011).

Φυσικοί στρεσογόνοι παράγοντες είναι ο φωτισμός, ο αερισμός, η θερμότητα, το ψύχος, ο θόρυβος, η ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία, τα βάρη, η ευρυχωρία, οι επαναλαμβανόμενες κινήσεις, η άμεση έκθεση σε χημικούς ή περιβαλλοντικούς κινδύνους. Η αντίδραση του οργανισμού στο στρες που προκαλείται από τον θόρυβο αυξάνει την αδρεναλίνη- νοραδρεναλίνη, επιφέρει αύξηση του καρδιακού παλμού και της αρτηριακής πίεσης. Έτσι προκαλείται εκνευρισμός. Υπάρχουν τομείς στα νοσοκομεία όπου ο θόρυβος είναι μόνιμος από μηχανήματα, όπως είναι οι μονάδες, τα χειρουργεία κ.λ.π.(Φουντούκη και Θεοφανίδης, 2010).

Βιολογικοί μολυσματικοί κίνδυνοι είναι τα μεταδοτικά νοσήματα όπως π.χ. η φυματίωση, η ηπατίτιδα, ο ιός του AIDS, το SARS κλπ., τα οποία αποτελούν μόνιμη απειλή για τους νοσηλευτές. Ο τραυματισμός από αιχμηρά αντικείμενα (π.χ. βελόνες) είναι ο πιο συνηθισμένος τρόπος μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών(Φουντούκη και Θεοφανίδης, 2010).

Η χρήση κυτταροστατικών, καθαριστικών και απολυμαντικών σκευασμάτων μπορεί να πλήξει το αναπνευστικό σύστημα και το δέρμα. Όσα φάρμακα είναι τοξικά μπορεί να προκαλέσουν τοξικότητα κάποιων οργάνων, αναπτυσσόμενη ή αναπαραγωγική τοξικότητα, καρκινογένεση, τερατογένεση καλούνται "επικίνδυνα" και αντιμετωπίζονται με τις προκαθορισμένες προφυλάξεις κατά την παρασκευή και διάθεσή τους, καθώς κάποια από αυτά έχουν συνδεθεί με δευτερογενή εμφάνιση λευχαιμίας ή άλλων όγκων, με υπογονιμότητα και αυξημένες αποβολές (Gao et al., 2012). Η συχνή χρήση latex εκτός από δερματικές αλλεργικές αντιδράσεις μπορεί να προκαλέσει ναυτία, ζάλη, γενικευμένο εξάνθημα, δύσπνοια, ταχυκαρδία, πτώση αρτηριακής πίεσης κ.α.

Τα μυοσκελετικά προβλήματα περιλαμβάνουν επιβαρύνσεις ή κακώσεις στον αυχένα, στους ώμους, στον αγκώνα, στην οσφύ και στα γόνατα. Το ποσοστό μυοσκελετικών προβλημάτων στους νοσηλευτές είναι το μεγαλύτερο συγκριτικά με άλλα επαγγέλματα. Η καταπόνηση συμβαίνει κατά τη συχνή και παρατεταμένη πρόκυψη ή επίκυψη για τη μετακίνηση των ασθενών, την περιποίηση ή μετακίνηση της κλίνης, την αλλαγή τραυμάτων, την τοποθέτηση καθετήρων ή τη μεταφορά νοσοκομειακού υλικού. Η συχνή χρήση λανθασμένων τεχνικών ανύψωσης βαρών επιβαρύνει τον οργανισμό, όπως και η παραμονή για πολλά έτη στον ίδιο επιβαρυνόμενο χώρο εργασίας (Κοΐνης και Σαρίδη, 2013). Η ηλικία του εργαζόμενου, τα έτη προϋπηρεσίας, το επίπεδο εκπαίδευσης, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, η οικογενειακή κατάσταση θεωρούνται και αυτά παράγοντες πρόκλησης στρες για τους νοσηλευτές (Λαμπράκη και συν., 2016).

Η οικονομική κρίση έχει αντίκτυπο στις μονάδες παροχής υγείας καθώς σε περιόδους κρίσης γίνεται υποστελέχωση των μονάδων από επαγγελματίες υγείας με αποτέλεσμα την καταπόνηση του ήδη υπάρχοντος εργατικού δυναμικού και τη χαμηλή ποιότητα στις παρεχόμενες φροντίδες υγείας (Σαρίδη και συν., 2016).

1.2.3 Συνέπειες Επαγγελματικού στρες

Είναι σημαντικό να ξεκαθαρίσουμε ότι όταν αναφερόμαστε στις εργασιακές απαιτήσεις δεν συμπεριλαμβάνονται όλα τα απαιτητικά εργασιακά περιβάλλοντα. Εξαιρούνται αυτά που αν και έχουν φόρτο εργασίας, προσφέρουν υποστηρικτικό περιβάλλον με κίνητρα, σωστή κατάρτιση και ευκαιρίες στον εργαζόμενο για προσωπική ανάπτυξη. Οι εργαζόμενοι βιώνουν κρίσεις άγχους όταν οι απαιτήσεις της εργασίας τους είναι υπερβολικές και υπερβαίνουν την ικανότητά τους να τις

αντιμετωπίσουν. Πέραν των προβλημάτων ψυχικής υγείας, οι εργαζόμενοι που πάσχουν από παρατεταμένο άγχος κινδυνεύουν να εμφανίσουν σοβαρά σωματικά προβλήματα υγείας, όπως καρδιαγγειακές παθήσεις ή μυοσκελετικά προβλήματα. Υπάρχει σημαντική συσχέτιση σωματικών συμπτωμάτων, όπως ο πόνος στη ράχη και στον αυχένα, η σωματική εξάντληση και κούραση, με το συνολικό στρες. Επίσης υπάρχει συσχέτιση των μυοσκελετικών πόνων με ψυχολογικούς και οργανωτικούς παράγοντες (Μουστάκα και συν., 2010; Νυφούδη, 2012).

Παράμετροι του εργασιακού άγχους όπως ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, το παρατεταμένο ωράριο, η σύγκρουση ρόλων, η μη ικανοποίηση από την εργασία, η μειωμένη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων έχουν συσχετιστεί με εμφάνιση υπέρτασης, στεφανιαίας νόσου και εμφράγματος του μυοκαρδίου. Σύμφωνα με μελέτες οι εργαζόμενοι που βιώνουν στρεσογόνο πίεση διατρέχουν τέσσερις με πέντε φορές μεγαλύτερο κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων καθώς τα υψηλά επίπεδα αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης βλάπτουν τα αιμοφόρα αγγεία και τους ιστούς στην καρδιά(Τούντας, 1999).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η ψυχική ασθένεια είναι η τρίτη συνηθέστερη αιτία μακρών περιόδων αναρρωτικής άδειας κυρίως στις εργαζόμενες γυναίκες. Οι καταθλιπτικοί εργαζόμενοι λαμβάνουν 1,5-3,2 περισσότερες ολιγοήμερες αναρρωτικές άδειες ετησίως από τους άλλους εργαζόμενους και χάνουν περίπου το 20% της παραγωγικότητάς τους. Το στρες που σχετίζεται με την εργασία συνδέεται επίσης με έλκη, πονοκέφαλο, λαιμό και πόνο στην πλάτη, δερματικά εξανθήματα και χαμηλή αντοχή σε λοιμώξεις(EU-OSHA,2014).

Το άγχος επηρεάζει τα άτομα με διαφορετικούς τρόπους. Μπορεί να προκαλέσει βία στη δουλειά ή εθιστικές συμπεριφορές όπως είναι το κάπνισμα, το αλκοόλ και η κατάχρηση ναρκωτικών, η σεξουαλική αταξία, τα τυχερά παιχνίδια, εθισμό στη σύγχρονη τεχνολογία. Το άγχος μπορεί να οδηγήσει σε ψυχολογικά προβλήματα όπως είναι ο εκνευρισμός, η αδυναμία συγκέντρωσης, εξασθένηση προσοχής, τάση για ατυχήματα, δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, καθυστερήσεις, λάθη ή διαταραχές ύπνου. Το μακροχρόνιο στρες ή τα τραυματικά συμβάντα κατά την εργασία μπορεί να προκαλέσουν ψυχική ασθένεια (άγχος και κατάθλιψη) με αποτέλεσμα την απουσία από την εργασία και τη μόνιμη ανικανότητα. Σύμφωνα με έρευνα του Εθνικού Ινστιτούτου Δημόσιας Υγείας της Σουηδίας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η πρόκληση της αρρώστιας οφείλεται σε μεγάλο βαθμό σε αιτίες που σχετίζονται με τη ανθρώπινη συμπεριφορά. Οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου είναι το κάπνισμα που ευθύνεται για το 9% της νοσηρότητας, το αλκοόλ που

ευθύνεται για το 8,4%, η παχυσαρκία, η διατροφή καθώς και άλλοι συμπεριφορικοί παράγοντες (Τούντας, 2011).

Το άγχος μπορεί να επηρεάσει τους οργανισμούς προκαλώντας υψηλά ποσοστά απουσιών, πειθαρχικά προβλήματα και μη ασφαλείς εργασιακές πρακτικές, καθώς και χαμηλή δέσμευση στην εργασία, κακές επιδόσεις, ένταση και συγκρούσεις μεταξύ συναδέλφων. Επιπλέον, το άγχος βλάπτει την εικόνα του οργανισμού, τόσο μεταξύ των εργαζομένων της, όσο και εξωτερικά, και αυξάνει την ευθύνη για νομικές αξιώσεις και ενέργειες από τους εργαζόμενους. Σε επίπεδο οργανισμού ή επιχείρησης, οι αρνητικές συνέπειες μπορεί να περιλαμβάνουν κακή συνολική επιχειρηματική απόδοση, αυξημένο ποσοστό απουσίας από την εργασία, τυπική παρουσία στην εργασία (περιπτώσεις εργαζομένων που εμφανίζονται στην εργασία τους, ενώ είναι άρρωστοι και δεν μπορούν να λειτουργήσουν αποτελεσματικά) και αυξημένα ποσοστά ατυχημάτων και τραυματισμών. Οι απουσίες που συνδέονται με το άγχος τείνουν να έχουν μεγαλύτερη διάρκεια από τις απουσίες που συνδέονται με άλλες αιτίες και το εργασιακό άγχος μπορεί να συμβάλει στην αύξηση των ποσοστών πρόωρης συνταξιοδότησης. Το κόστος για τις επιχειρήσεις και την κοινωνία εκτιμάται ότι είναι σημαντικό και ανέρχεται σε δισεκατομμύρια ευρώ σε εθνικό επίπεδο (WHO, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

2.1 Εισαγωγή

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα περίπλοκο φαινόμενο, με συνεχείς αλλαγές στη σταδιακή ανάπτυξή του, όπου ο εμπλεκόμενος επαγγελματίας το βιώνει σαν προσωπικό πρόβλημα και χρησιμοποιεί τέτοιους τρόπους αντιμετώπισης του παρατεταμένου εργασιακού στρες που τον οδηγούν στην κατάρρευση της προσαρμοστικής ικανότητάς του. Τελικά έχουμε έναν επαγγελματία εξαντλημένο, ανήμπορο να διεκπεραιώσει ακόμη και καθημερινές εργασίες ρουτίνας, απογοητευμένο από τον εαυτό του και το εργασιακό του περιβάλλον, που επιλέγει την απομόνωση και που ίσως θελήσει να αποσυρθεί από τη συγκεκριμένη εργασία του (Maslach, 1997).

Το 1974, ο Freudenberger χρησιμοποίησε τον όρο «burnout» για πρώτη φορά, για να περιγράψει μια συμπτωματολογία εξάντλησης που παρατήρησε σε επαγγελματίες του χώρου ψυχικής υγείας. Από τότε το φαινόμενο αποτέλεσε αντικείμενο συστηματικών μελετών και ερευνών ιδιαίτερα στους χώρους εργασίας όπου «ευδοκιμεί», δηλαδή εκεί που οι επαγγελματίες έρχονται σε στενή επαφή με τα άτομα που τους προσφέρουν τις υπηρεσίες τους (νοσηλεύτες, γιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί, αστυνομικοί, δάσκαλοι, κ.λ.π.) (Iakovidis et al., 1999).

Η Christine Maslach το 1982 περιέγραψε την επαγγελματική εξουθένωση ως ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης με κυνική αντιμετώπιση των αποδεκτών των υπηρεσιών και αρνητικής εικόνας εαυτού με αισθήματα προσωπικής αποτυχίας και μειωμένων επιτευγμάτων. Δεν είναι απαραίτητο να συνυπάρχουν στο άτομο και τα τρία στοιχεία του συνδρόμου (Κάντας, 1999). Το σύνδρομο burnout εντάχθηκε στην κατάταξη ICD-11 με κωδικό QD85 (2018) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τις ασθένειες και εγκρίθηκε στην 72^η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας τον Μάιο 2019. Περιγράφεται στο κεφάλαιο: «Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας ή επαφή με υπηρεσίες υγείας» που περιλαμβάνει λόγους για τους οποίους οι άνθρωποι έρχονται σε επαφή

με υπηρεσίες υγείας αλλά δεν ταξινομούνται ως ασθένειες ή συνθήκες υγείας. Το burnout δεν ταξινομείται ως ιατρική κατάσταση, αλλά ως κατάσταση που αφορά μόνο το επαγγελματικό περιβάλλον. Η χρήση του ICD-11 από τα κράτη μέλη ξεκινά την 1η Ιανουαρίου 2022(WHO, 2019).

2.2 ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

2.2.1 Μοντέλο τριών διαστάσεων της Maslach

Η Maslach(1982) περιέγραψε την επαγγελματική εξουθένωση ως σύνδρομο με τρεις διαστάσεις. Η πρώτη διάσταση **συναισθηματική εξάντληση** περιγράφεται ως μια κατάσταση στην οποία οι εργαζόμενοι που την βιώνουν αισθάνονται κουρασμένοι, αναστατωμένοι και ανίκανοι να αναρρώσουν. Δεν διαθέτουν την απαιτούμενη ενέργεια να αντιμετωπίσουν κάποιο πρόβλημα ή κάποιο άτομο στη δουλειά. Η εξάντληση αυτή είναι η πρώτη αντίδραση στο στρες που δημιουργείται από τις απαιτήσεις της εργασίας. Η δεύτερη διάσταση **αποπροσωποποίηση** στην οποία οι εργαζόμενοι στην προσπάθειά τους να υπερασπίσουν τον εαυτό τους κρατούν συναισθηματική απόσταση από την εργασία και από τους ανθρώπους που δουλεύουν εκεί. Γίνονται κυνικοί, ελαχιστοποιούν τη συμμετοχή τους, δεν έχουν ιδεώδη. Πιστεύουν ότι θα είναι πιο ασφαλείς, αν είναι αδιάφοροι για τα προβλήματα των άλλων. Μέσα σ' ένα τόσο αρνητικό κλίμα οι ικανότητες των ανθρώπων αλλοτριώνονται. Η τρίτη διάσταση **έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων** αναφέρεται στην αίσθηση των εργαζομένων ότι είναι αναποτελεσματικοί στην εργασία τους. Έχουν χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και στους άλλους. Έτσι παραιτούνται από κάθε προσπάθεια να δημιουργήσουν αμοιβαία σχέση με τους ασθενείς και να χειριστούν τα προβλήματά τους (Vidotti, Ribeiro et al., 2018; Maslach and Jackson, 1981; Maslach and Leiter, 1997).

Η ανίχνευση και καταμέτρηση του επιπέδου της επαγγελματικής εξουθένωσης γίνεται με κλίμακες με μορφή ερωτηματολογίου, το οποίο κατασκευάστηκε από τους Maslach και Jackson (Maslach Burnout Inventory, MBI) (Κάντας, 1999; Maslach & Jackson, 1986).

2.2.2 Διαδραστικό Μοντέλο Cherniss

Ο Cherniss(1980) υποστηρίζει ότι η συναισθηματική εξουθένωση είναι ένας αμυντικός μηχανισμός που βοηθά το άτομο να επιβιώσει στην επαγγελματική σταδιοδρομία του. Αυτός που βιώνει **επαγγελματικό στρες**, όπου η εργασία απαιτεί περισσότερα από όσα ο ίδιος δίνει και η εργασία δίνει λιγότερα απ' όσα αυτός χρειάζεται. Αυτή η διαρκής ανισορροπία μπορεί οδηγήσει σε **εξάντληση**. Ο εργαζόμενος αισθάνεται στρες, κούραση, χωρίς ενδιαφέρον και αν δεν ανατραπεί η κατάσταση πιθανά να χάσει τον έλεγχο στην εργασία του, να νιώθει ανάξιος και να παραιτηθεί. Αυτή η σταδιακή αλλαγή οδηγεί στον κυνισμό και την απάθεια για τους άλλους και λειτουργεί ως **αμυντική κατάληξη** και είναι η προσπάθεια του εργαζόμενου να επιβιώσει επαγγελματικά. Στο επίκεντρο της ανάλυσης του Cherniss βρίσκεται η αλληλεπίδραση μεταξύ ατομικών, κοινωνικοπολιτικών και οργανωτικών παραγόντων και η επίδρασή τους στην ανταπόκριση ενός ατόμου στην εργασία του(Chirico, 2016).

2.2.3 Μοντέλο Pines

Η Pines(1986) θεωρεί την επαγγελματική εξουθένωση ως μια κατάσταση σωματικής και ψυχολογικής εξάντλησης, απόρροια της μακροχρόνιας έκθεσης του εργαζόμενου σε υψηλές επαγγελματικές στρεσογόνες απαιτήσεις. Δίνει ιδιαίτερη έμφαση στα κίνητρα του εργαζόμενου και αν η εργασία ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του. Επέκτεινε την εφαρμογή της στις οικογενειακές σχέσεις και σε πολιτικές συγκρούσεις. Η κλίμακα μέτρησης της Pines(Burnout Measure) για την επαγγελματική εξουθένωση περιλαμβάνει συμπτώματα από τη σωματική και ψυχική σφαίρα (Theofilou, 2009;Pines & Aronson, 1988).

2.2.4 Μοντέλο Edelwich και Brodsky

Η εξουθένωση είναι μία προοδευτική διεργασία κατά την οποία ο πάσχων χάνει την ενέργειά του, τον ιδεαλισμό και τον ενθουσιασμό του, αφού το επαγγελματικό πλαίσιο δεν ανταποκρίνεται στους υψηλούς του στόχους και τα ιδανικά του και αναγκάζεται απογοητευμένος να υποκύψει σε σοβαρούς συμβιβασμούς (Spinetta, Janckovic et al., 2000). Οι Edelwich και Brodsky (1980) περιγράφουν την ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης μέσα από τέσσερα διαδοχικά στάδια (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999).

Το στάδιο του ενθουσιασμού. Ο πρωτοδιοριζόμενος επαγγελματίας έρχεται στην εργασίας του προσδοκώντας μεγάλα επιτεύγματα από τον εαυτό του, μεγάλη ηθική ανταμοιβή από τους αρρώστους, από τους συνεργάτες του και τις καλύτερες προϋποθέσεις για τις συνθήκες εργασίας. Εργάζεται εντατικά και υπερεπενδύει στις σχέσεις του με τους αρρώστους.

Το στάδιο της αμφιβολίας και της αδράνειας. Ο επαγγελματίας αρχίζει να συνειδητοποιεί ότι οι υπέρογκες προσπάθειές του δεν αναγνωρίζονται από το εργασιακό πλαίσιο. Αρχικά επιρρίπτει τις ευθύνες στον εαυτό του και προσπαθεί να διορθώσει την κατάσταση δουλεύοντας σκληρότερα, επενδύοντας περισσότερα στις σχέσεις του με τους αρρώστους και εμπλουτίζοντας τις γνώσεις του μέσα από εκπαιδευτικά σεμινάρια. Κατόπιν εστιάζει την ευθύνη στην υπηρεσία του, παραπονιέται ότι δεν αναγνωρίζει την προσφορά του, ότι δεν ανταμείβεται όπως του αρμόζει, ότι οι συνθήκες εργασίας είναι πολύ σκληρές, ότι δεν υπάρχει το κατάλληλο υποστηρικτικό συνεργασιακό περιβάλλον και εξακολουθεί να αναμένει παράλογες προσδοκίες.

Το στάδιο της απογοήτευσης και της ματαιότητας. Ο εργαζόμενος ανικανοποίητος και απογοητευμένος από τις ανεκπλήρωτες προσδοκίες του αρχίζει να αναθεωρεί τις αξίες που είχε προσδώσει στη συγκεκριμένη εργασία και καταλήγει ότι δεν του αξίζει να καταναλώνεται και να αγχώνεται πλέον. Αποθαρρημένος, συχνά βιώνει κατάθλιψη και τον πλημμυρίζει μία ματαιοδοξία καθώς νιώθει ότι δε βρίσκει τρόπους να ανατρέψει αυτή την κατάσταση. Παγιδευμένος στη δική του πραγματικότητα ωθείται είτε να αναθεωρήσει τις μη ρεαλιστικές προσδοκίες του και να αλλάξει τη στάση του, είτε να απομακρυνθεί από τους αρρώστους και το εργασιακό περιβάλλον που του προκαλούν έντονο στρες.

Το στάδιο της απάθειας. Ο εργαζόμενος βλέπει την εργασία που κάποτε τον γέμιζε τώρα να τον καταπιέζει. Έτσι επενδύει ελάχιστη ενέργεια σ' αυτήν, επιδεικνύει αδιαφορία και αυξανόμενη αρνητικότητα. Αρχίζει να αισθάνεται επαγγελματικά αποτυχημένος και ότι δεν είναι πια ικανός να φροντίζει αποτελεσματικά τις ανάγκες

των ασθενών. Με χαμένη την αυτοπεποίθηση του αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα και αλλαγή στον εργασιακό χώρο. Έχει μειωμένο συναίσθημα που αντανακλά την αδράνεια. Ανταποκρίνεται στις ευθύνες του χωρίς αφοσίωση ή ενθουσιασμό και διατηρεί τη θέση του για λόγους επιβίωσης (Spinetta et al., 2000; Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999).

Οι ενδείξεις της επαγγελματικής εξουθένωσης γίνονται αντιληπτές κατά τα δύο τελευταία στάδια και εκδηλώνονται σε οργανικό, σε συναισθηματικό και γνωστικό και σε επίπεδο συμπεριφοράς (Θεοδοσοπούλου, Δρόσου και συν., 1999).

2.2.5 Μοντέλο της Κοπεγχάγης

Το μοντέλο της Κοπεγχάγης (Kristensen et al., 2005) μαζί με το ομόνυμο ερευνητικό εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης (KBI) παρουσιάζει μια αντιπρόταση με έντονη επικριτική ματιά προς το μοντέλο-ερευνητικό εργαλείο της Maslach (MBI). Οι δημιουργοί του θεωρούν ότι το MBI απευθύνεται μόνο σε επαγγέλματα που συναναστρέφονται ανθρώπους, ότι η μέτρησή του οδηγεί στα κριτήρια της επαγγελματικής εξουθένωσης ως μονόδρομο, ότι οι παράμετροι που εξετάζει ως συμπτώματα πρέπει να θεωρούνται αποτελέσματα του συνδρόμου, ότι κάποιες ερωτήσεις δεν είναι αποδεκτές, όπως, *στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου*. Το μοντέλο των Kristensen et al. βασίζεται στη θεωρία ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια κατάσταση που απορρέει από τις ιδιαίτερα υψηλές εργασιακές απαιτήσεις και χαρακτηρίζεται από σωματική, συναισθηματική και πνευματική κόπωση. Διερευνά την προσωπική εξουθένωση, την επαγγελματική εξουθένωση και την εξουθένωση από την αλληλεπίδραση με τους άλλους ανθρώπους. Οι τρεις υποκλίμακες προβλέπουν την εμφάνιση ασθενειών στο μέλλον και την πρόθεση των εργαζομένων να εγκαταλείψουν την εργασία τους (Kristensen et al., 2005).

2.3 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Οργανικό επίπεδο: ο εργαζόμενος αισθάνεται συχνά έντονα σωματικά ενοχλήματα, όπως έντονη αδυναμία και κούραση, πονοκεφάλους, οσφυαλγίες, πόνους στην πλάτη και στον αυχένα, γαστρεντερικές διαταραχές, ένταση των μυών, αυξημένη ροπή προς τις αρρώστιες, αλλαγές στις συνήθειες διατροφής και ύπνου ή βιώνει σοβαρότερα προβλήματα υγείας όπως υπέρταση, έλκος, καρδιαγγειακές διαταραχές ή παρατεινόμενες ημικρανίες (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999).

Συναισθηματικό και γνωστικό επίπεδο: τα συμπτώματα προέρχονται από μείωση της αυτοεκτίμησης, ανασφάλεια, ανησυχία, αισθήματα αποτυχίας, ενοχές, ευερεθιστότητα, θυμό, άγχος και κατάθλιψη. Ο εργαζόμενος αισθάνεται αβοήθητος και ανίκανος να βρει τρόπους να ξεφύγει από αυτήν την κατάσταση. Υιοθετεί απρόσωπη, ειρωνική και απότομη συμπεριφορά απέναντι στους αρρώστους. Δείχνει διαρκώς όλο και λιγότερη ενσυναίσθηση, ότι είναι υπεραπασχολημένος και μη διαθέσιμος. Δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί, ξεχνά εύκολα, μπορεί να κάνει λανθασμένες εκτιμήσεις, ατυχήματα και απροσεξίες (Αδαλή, 2000; Μόττη-Στεφανίδη, 2000).

Επίπεδο συμπεριφοράς: ο εργαζόμενος καθώς βρίσκεται μπροστά σε αδιέξοδο επιλέγει να είναι απόμακρος πιστεύοντας ότι με αυτόν τρόπο προστατεύεται από τα κρητικά βλέμματα των αρρώστων και των συναδέλφων του. Αναπτύσσει αρνητική στάση απέναντι στους εμπλεκόμενους στο εργασιακό του περιβάλλον. Ανικανοποίητος από τη δουλειά του συχνά απουσιάζει ή αργοπορεί. Η μειωμένη απόδοσή του και η συμπεριφορά του συχνά επικρίνονται και έτσι προκαλούνται συγκρούσεις. Ανήμπορος να ανατρέψει την κατάσταση και καθώς αντιλαμβάνεται ότι είναι εμφανής η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει, δε ζητά τη βοήθεια κανενός, δε συμμετέχει στις δραστηριότητες των εργαζομένων της υπηρεσίας και υποβάλλει την παραίτησή του, εγκαταλείπει δηλαδή το χώρο εργασίας (Δημητρόπουλος και Φιλίππου, 2008).

Η όλη κατάσταση έχει επιπτώσεις στις κοινωνικές και οικογενειακές του σχέσεις. Ο εργαζόμενος είναι σχεδόν μόνιμα σε ένταση, κακόκεφος, χωρίς υπομονή και ανεκτικότητα και επιρρεπής στις διαπροσωπικές συγκρούσεις. Συχνά κάνει κατάχρηση ουσιών π.χ. αλκοόλ, νικοτίνη, κακή διατροφή. Απομακρύνεται από το φιλικό και οικογενειακό του περιβάλλον με αποτέλεσμα να μειώνεται το υποστηρικτικό δίκτυο και η προσωπική του ζωή να καταρρακώνεται (Μόττη-Στεφανίδη, 2000).

2.4 ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Πολλοί μελετητές προσπαθούν να εξηγήσουν την ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης διαμέσου της αλληλεπίδρασης προσωπικότητας και περιβάλλοντος. Μελέτες δείχνουν ότι η εμφάνισή της καθορίζεται από τις ιδιαίτερες απαιτήσεις της εργασίας, οι οποίες είναι γενεσιουργές αιτίες στρες και συναισθηματικής φόρτισης. Οι εντάσεις επηρεάζουν την ποιότητα του εργασιακού κλίματος μέσα στο οποίο οι νοσηλευτές προσφέρουν τις υπηρεσίες τους (Αδαλή και Λεμονίδου, 2001).

Στρες και επαγγελματική εξουθένωση. Οι αγχογόνες καταστάσεις, αν και ασκούν πιέσεις περιορισμένης χρονικής διάρκειας, επιδρούν αρνητικά στο άτομο, όταν υπερβαίνουν τις προσαρμοστικές τους δυνατότητες, προκαλώντας σωματικές, ψυχολογικές και συμπεριφορικές αλλαγές. Όταν όμως αυτές οι καταστάσεις συσσωρεύονται και στρεσάρουν τα άτομα μακροχρόνια, τότε η επαγγελματική εξουθένωση βρίσκει πρόσφορο έδαφος (Κάντας, 1999).

Ένα άτομο που στρεσάρεται για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να εξαντληθεί, να μην είναι παραγωγικό όσο ήταν και καθώς το αντιλαμβάνεται, να χάνει την αυτοπεποίθησή του. Δεν διακατέχεται όμως από αρνητικά αισθήματα για την εργασία και δεν αποστασιοποιείται από αυτούς που φροντίζει και τους συναδέλφους του, πράγμα που συμβαίνει εξορισμού στην επαγγελματική εξουθένωση. Τα συνθετικά στοιχεία της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελούν ξεχωριστή διάσταση από τους παράγοντες του επαγγελματικού άγχους (Δελιχάς, Τούκας και Σπηρούλη, 2012).

Το 1999 σε καρκινικό κέντρο του Οντάριο έγινε έρευνα που έλαβαν μέρος 1016 άτομα (πολλών ειδικοτήτων) και καταγράφηκαν υψηλά επίπεδα στρες και χαμηλά επίπεδα επιτευγμάτων των εργαζομένων. Η μελέτη επισημαίνει ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι πρότυπο απάντησης γι' αυτούς που δίνουν έμφαση στη δουλειά. Η ικανοποίηση στην εργασία λαμβάνεται όταν υπάρχει ποικιλία σ' αυτήν. Στο συνολικό

δείγμα μία υψηλή τιμή του στρες συσχετίστηκε με δυσαρέσκεια στη δουλειά, με την ανεπάρκεια του προσωπικού να εκτελέσει τα καθήκοντά του, όπως πρέπει, με ένα αίσθημα απογοήτευσης και προβλήματα λόγω υπερφόρτωσης της εργασίας. Η συναισθηματική εξάντληση είναι συνδεδεμένη με την επιθυμία αλλαγής της δουλειάς ή μείωση των ωρών εργασίας (Grunfeld et al., 2000).

2.4.1 Εργασιακό περιβάλλον

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται 6 βασικά σημεία- πηγές στρες- του εργασιακού περιβάλλοντος, που αποθαρρύνουν και εξουθενώνουν τους εργαζόμενους (Μουστάκα και συν., 2010).

Υπερβολικός φόρτος εργασίας. Οι νοσηλευτές είναι υποχρεωμένοι ως επί το πλείστον να φροντίζουν περισσότερους ασθενείς από αυτούς που τους αναλογούν και αυτό παρατηρείται σε καθημερινή βάση. Η αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού/ κάτοικο στην Ελλάδα ανέρχεται σε 3,3 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους, η χαμηλότερη στις χώρες της Ε. Ε, όταν ο μέσος όρος στην Ε.Ε ήταν 8,5 για το 2017 (OECD, Health Data, 2019). Αυτό σημαίνει ότι είναι αναγκασμένοι να παρέχουν αυξημένη εργασία σε ελάχιστο χρόνο με αποτέλεσμα να καλύπτουν τις απολύτως βασικές ανάγκες των ασθενών, να έρχονται σε μικρή επαφή μαζί τους, να προσφέρουν χαμηλής ποιότητας υπηρεσίες και έτσι να μένουν ανικανοποίητοι οι δέκτες παροχής φροντίδας, αλλά και οι ίδιοι οι νοσηλευτές από την προσφορά τους.

Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται με φοβερά γρήγορους ρυθμούς δε μπορεί να κάνει επανέλεγχο των αναγκών του αρρώστου, ούτε μικρή στάση για ξεκούραση, δεν προλαβαίνει να αναπτύξει κοινωνικές επαφές, να συζητήσει επαγγελματικά θέματα και να λάβει ψυχολογική υποστήριξη. Αντίθετα πολλές φορές δέχεται τις επιπλήξεις των αρρώστων, των προϊσταμένων του και του προσωπικού άλλων ειδικοτήτων για τις ανάγκες που αφήνει ακάλυπτες. Όταν επιστρέφει σπίτι του δε μπορεί να ηρεμήσει, να ξεκουραστεί γιατί και εκεί οι απαιτήσεις συνεχίζονται (Αδαλή και Λεμονίδου, 2001).

Επιπρόσθετα αν λάβουμε υπόψη το κυκλικό ωράριο εργασίας δίνοντας τη μεγαλύτερη βαρύτητα στη νυχτερινή βάρδια, η οποία δεν κατανέμεται σταθερά στο εβδομαδιαίο πρόγραμμα και δεν ακολουθούν τα απαραίτητα ρεπό για ξεκούραση,

αντιλαμβανόμαστε πόσο δύσκολη είναι η προσαρμογή του νοσηλευτή στους περίπλοκους και εντατικούς ρυθμούς της εργασίας και στις άρρυθμες αλλαγές των βιολογικών ρυθμών(Majid-Hosseini et al.,2019;Παϊκοπούλου και Γέραλη, 2001).

Η έλλειψη του προσωπικού, η υψηλή αναλογία ασθενών: νοσηλευτή συνδέονται σημαντικά με τη συναισθηματική εξάντληση και τη δυσαρέσκεια των νοσηλευτών από τα χαμηλά επιτεύγματά τους. Είναι οι σημαντικότερες αιτίες που οδηγούν ακόμα και αυτούς που παίρνουν ικανοποίηση από την εργασία να θέλουν να την εγκαταλείψουν. Επίσης σχετίζονται σημαντικά με τη θνησιμότητα των αρρώστων και την αύξηση των λοιμώξεων. Είναι εύλογο, όταν ένας επαγγελματίας ήδη υπερφορτωμένος καλείται να ανταπεξέλθει σε νέες απαιτήσεις, να εμφανίσει κόπωση, υποτονικότητα, υπνηλία, να κάνει λάθη, παραλείψει ή καθυστερήσεις σε σημαντικές αποφάσεις που απαιτούν ταχύτητα για την εξασφάλιση της επιβίωσης του αρρώστου (Torre et al., 2018;Μαλλιारी, Καραθανάση και Σαράφης, 2010).

Το πάγωμα των προσλήψεων των εργαζομένων στον δημόσιο τομέα που επιβλήθηκε το 2010, περίοδο οικονομικής κρίσης για τη χώρα μας, οδήγησε σε μείωση κατά 15% του προσωπικού που απασχολείται στα νοσοκομεία. Στην Ελλάδα η αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού/ κλίνη ανέρχεται στο 0,67 σε αντίθεση του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ που ανέρχεται στο 2,03 νοσηλευτές/κλίνη (ΟΟΣΑ, 2010).

Σε σχετική μελέτη αναφέρεται ότι η συναισθηματική εξάντληση και η επαγγελματική απογοήτευση συνδέονται άμεσα με την αναλογία νοσηλευτών: ασθενών. Σε αναλογία 1:8, οι νοσηλευτές έχουν 2,29 παραπάνω πιθανότητες να εμφανίσουν επαγγελματική εξουθένωση απ' ότι στην 1:4 αναλογία, κατά την οποία είναι 1,75 πιο πιθανόν να μην είναι απογοητευμένοι από τη δουλειά τους. Ο κάθε ασθενής που προστίθεται στην αναλογία συνδέεται με μία αύξηση 7% στις πιθανότητες θνησιμότητας, 23% αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης και 15% αύξηση στην επαγγελματική απογοήτευση. Επιπλέον το 43% του προσωπικού που αναφέρει επαγγελματική εξουθένωση, αλλά του αρέσει το αντικείμενο της δουλειάς, θέλει να εγκαταλείψει τον συγκεκριμένο χώρο, ενώ το 11% είναι ικανοποιημένο και δεν έχει επαγγελματική εξουθένωση (Aiken et al., 2002).

Έλλειψη ελέγχου. Το εργασιακό περιβάλλον που, ενώ αναθέτει αρμοδιότητες στο προσωπικό δεν του επιτρέπει τον έλεγχο των πράξεων του και δεν το αφήνει να πάρει πρωτοβουλίες του δημιουργεί ματαιοδοξία και μειώνει τις δυνατότητές του για σημαντικά επιτεύγματα. Όταν ο επαγγελματίας είναι υποχρεωμένος να τηρεί πιστά

άκαμπτους κανόνες, τότε μειώνεται η υπευθυνότητά του, η προσαρμοστικότητά του και η καινοτομία του. Αφού η υπηρεσία δεν δείχνει εμπιστοσύνη στην κρίση του, δε δέχεται τις απόψεις του, ο ίδιος δε βρίσκει ενδιαφέρον στη δουλειά και γίνεται κυνικός και αποστασιοποιείται από τους αρρώστους(Δουβανάς, Μπάλλιου και συν., 2011).

Αφοσιωμένοι επαγγελματίες που αγαπούν τη δουλειά τους βλέπουν ότι οι γνώσεις τους δεν χρησιμοποιούνται ή χρησιμοποιούνται μόνο όταν δεν επιβαρύνουν οικονομικά την υπηρεσία. Έτσι η δουλειά γίνεται πιεστική, μονότονη, δεν προσφέρει ευκαιρίες για την ανάπτυξη δεξιοτήτων, διευκολύνσεις και ευχαρίστηση και οι εργαζόμενοι αποδίδουν λιγότερη ποιότητα. Η έλλειψη συμμετοχής των υπαλλήλων σε κρίσιμα θέματα που αφορούν τους αρρώστους ή τη λειτουργία του χώρου τους, φαίνεται να ενδυναμώνει την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης(Μπελλάλη και συν., 2007).

Χαμηλές Αμοιβές. Οι εργαζόμενοι ελπίζουν να έχουν ανάλογες αμοιβές, γόητρο και ασφάλεια. Όταν όμως ο μισθός είναι ανεπαρκής και δυσανάλογος με τις απαιτήσεις της ζωής, όταν στερούνται την αίσθηση ελέγχου και νιώθουν ανασφαλείς σε σχέση με την εργασία, τότε δε λαμβάνουν ευχαρίστηση και μειώνεται η διάθεσή τους για ποιοτική παραγωγή. Όταν υπάρχει πάγωμα των μισθών και οι ασφαλίσεις των εργαζομένων δεν είναι ικανοποιητικές, ενώ το κόστος της ζωής αυξάνεται, τότε οι άνθρωποι χάνουν την προσδοκία για περισσότερα έσοδα. Αρκετοί είναι αυτοί που κάνουν και δεύτερη εργασία προκειμένου να εξασφαλίσουν τα απαραίτητα έσοδα για να συντηρηθούν οι ίδιοι και οι οικογένειές τους(Deepak Langade, Pranav Modi et al., 2016).

Οι υπηρεσίες προκειμένου να αντέξουν την παρούσα οικονομική κρίση δεν προσλαμβάνουν μόνιμο προσωπικό, αλλά απασχολούν άτομα με σύμβαση περιορισμένου χρόνου εργασίας, που δεν μπορούν να τους χρησιμοποιήσουν σε ελεύθερο κυκλικό ωράριο και έτσι επιβαρύνεται περισσότερο το μόνιμο προσωπικό με αποτέλεσμα περισσότερη δυσαρέσκεια και αιτίες συγκρούσεων. Δεν δαπανούν χρήματα για την ανανέωση της υλικοτεχνικής υποδομής με αποτέλεσμα πολλοί εργαζόμενοι με καλή διάθεση και ανάλογες γνώσεις να μην μπορούν να προσφέρουν αυτά που έμαθαν με τον καλύτερο τρόπο. Με αυτούς τους τρόπους μπορεί να μειώνεται το κόστος για την υπηρεσία, αλλά βρίσκεται και η ίδια κάτω από μία συνεχή πίεση και ανασφάλεια, αισθήματα που διαπερνούν όλο το προσωπικό της σε οποιαδήποτε βαθμίδα βρίσκεται και οποιονδήποτε τίτλο φέρει (OECD, 2016).

Έλλειψη σχέσεων. Καθώς αυξάνεται η απομόνωση στη δουλειά, μειώνεται ο σεβασμός μεταξύ των υπαλλήλων και έχουμε έλλειψη συμπαράστασης μέσα στον

εργασιακό χώρο. Όταν οι άνθρωποι δεν δουλεύουν σαν ομάδα, κατακερματίζονται οι σχέσεις, δεν υπάρχει συναδελφική αλληλεγγύη, επικρατεί ένταση, απογοήτευση, σύγκρουση και αδυναμία προσωπικού να ανταπεξέλθει σε δύσκολες καταστάσεις. Έτσι, μειώνονται τα κίνητρα και έχουμε χαμηλά προσωπικά επιτεύγματα. Στη χώρα μας ιδιαίτερα, στη νοσηλευτική πρακτική επικρατεί ασάφεια ρόλων στα καθημερινά καθήκοντα, πράγμα που υπονομεύει τη συνεργασία, σπάζει την κοινότητα και τα άτομα εργάζονται με εχθρότητα μεταξύ τους, συνθήκες που στρεσάρουν και δυσκολεύουν την προσαρμοστικότητα. Οι εμπλεκόμενοι εύκολα απομακρύνονται από τους συναδέλφους και τους αρρώστους, γιατί αισθάνονται ασφαλείς. Όταν στο εργασιακό περιβάλλον προάγεται η συνεργασία του προσωπικού, η υποστηρικτική ατμόσφαιρα, η ενθάρρυνσή του να εκφράζει τα συναισθήματά του, τα οφέλη αποβαίνουν τελικά στον ίδιο τον οργανισμό, αφού και οι αποδέκτες της φροντίδας είναι ικανοποιημένοι σ' ένα τέτοιο κλίμα και το αναγνωρίζουν (Khamisa, Peltzer et al., 2013).

Έλλειψη δικαιοσύνης. Η άνιση μεταχείριση των εργαζομένων από τη διοίκηση δείχνει ότι αυτή δεν σέβεται και δεν εκτιμά τις αξίες αυτών που εργάζονται παραγωγικά. Μερικές φορές αυτοί που κατέχουν καίριες θέσεις παρακινούμενοι από προσωπικά κίνητρα και συμφέροντα παραγκωνίζουν άτομα με προσόντα και σπουδαία κατορθώματα αποσιωπώντας τα γεγονότα με χρήση αυταρχισμού ή ανέντιμου διαλόγου. Από την πλευρά του εργαζόμενου, η απάντηση είναι κυνισμός, προβολή ατομικών συμφερόντων, έλλειψη εμπιστοσύνης, ειλικρίνειας, συνεργασίας και αμοιβαίου σεβασμού, μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα και αποστροφή από τα συμφέροντα της υπηρεσίας (Μουστάκα και συν., 2010; Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη, 2007; Goleman, 2000).

Συγκρούσεις Αξιών. Στο εργασιακό περιβάλλον σήμερα δίνεται έμφαση στην αφοσίωση στη δουλειά μόνο για αύξηση της παραγωγής, πράγμα που επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα. Επομένως οι εργαζόμενοι είναι αναγκασμένοι πολλές φορές να παρακάμπτουν ελέγχους ασφαλείας προκειμένου να ολοκληρώσουν μία διαδικασία έγκαιρα, να χρησιμοποιούν αθέμιτα μέσα για να επιβιώσουν σ' ένα σκληρό ανταγωνιστικό περιβάλλον. Όταν οι απαιτήσεις της εργασίας έρχονται σε αντίθεση με τις αξίες και τις βασικές αρχές του ανθρώπου, οι εργαζόμενοι απογοητεύονται και αμφισβητούν τους σκοπούς και τα ιδεώδη που προβάλλει η υπηρεσία, αφού υποχρεώνονται να τα καταπατούν. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, οι νοσηλευτές βρίσκονται σε συνεχή σύγκρουση με το σύστημα των ηθικών αξιών τους (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999).

2.4.2 Ιδιαιτερότητες Νοσηλευτικών τμημάτων

Το φυσικό εργασιακό περιβάλλον συμβάλλει στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης, ιδιαίτερα τα τμήματα που νοσηλεύουν ασθενείς με αυξημένες ανάγκες φροντίδας(Βασιλείου, Καπάδοχος και συν., 2015).

Μονάδες Εντατικής Θεραπείας(ΜΕΘ): Κλειστοί και μικροί χώροι συγκριτικά με τα «ανοιχτά» τμήματα, όπου δύσκολα βολεύονται τα πολύπλοκα μηχανήματα, ο πυρετώδης βηματισμός, η περιποίηση κατακεκλιμένων αρρώστων, ο μόνιμος τεχνητός φωτισμός. Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι διαρκώς σε εγρήγορση για την αντιμετώπιση επειγόντων καταστάσεων και δεν έχουν την δυνατότητα οπτικών εναλλαγών, οι θόρυβοι από μόνιτορ, συστήματα συναγερμού των οργάνων, τηλέφωνα, η σχεδόν μόνιμη θέα ανθρώπων που δεν επικοινωνούν, που μπορεί να έχουν αλλοιωμένα τα ανθρώπινα χαρακτηριστικά και ο επικείμενος θάνατος είναι σημαντικές πηγές στρες που εύκολα οδηγούν σε εξάντληση και αποστασιοποίηση (Stavropoulou, Rovithis et al., 2020; Carayon et al., 2007).

Ογκολογικά νοσοκομεία/ τμήματα πασχόντων από AIDS/Χρόνιοι πάσχοντες: Νοσηλεία σε άτομα με σοβαρή χρόνια αρρώστια, η οποία εμφανίζει συνεχείς υποτροπές και υφέσεις μέχρι την τελική έκβασή της, το θάνατο ή είναι σταθερή υπό έλεγχο. Η αποδοχή από τον άρρωστο τη φύσης της αρρώστιας και της εξέλιξής της και η προσαρμογή του σε νέους ρυθμούς ζωής, όπου το άτομο είναι εξαρτημένο από τη μακροχρόνια φροντίδα, είναι γεννεσιουργές αιτίες διαφόρων συναισθηματικών καταστάσεων, όπως αβεβαιότητας, ματαιοδοξίας, αδιαφορίας, παθητικότητας, επιθετικότητας. Οι νοσηλευτές καλούνται να υποδείξουν και να υποστηρίξουν μία νέα «ποιότητα ζωής» στον άρρωστο, και μετά από μεγάλο διάστημα φροντίδας να αντιμετωπίσουν και την απώλεια της ζωής του. Όταν οι νοσηλευτές δεν είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι ή δεν έχουν χρόνο και τη δυνατότητα να βιώσουν και να επεξεργαστούν τις συχνές απώλειες, τότε επιφορτίζονται συναισθηματικά και οδηγούνται σε εξάντληση. Πολλές φορές το σύστημα ηθικών αξιών τους κλονίζεται, καθώς τίθενται τα ερωτήματα κατά πόσο και τι αυτοί προσφέρουν και αν αξίζει αυτό(Oginska-Bulik & Michalska, 2020).

Στη μελέτη του Οντάριο καταγράφηκε αύξηση των περιστατικών με καρκίνο κατά 28% στην επαρχία και οι ώρες των νοσηλευτών για χημειοθεραπεία αυξήθηκε κατά 30%. Επίσης, η υπερφόρτωση της δουλειάς και η επικοινωνία με άτομα που υποφέρουν είναι αλληλένδετα με τον σκοπό των νοσηλευτών να εγκαταλείψουν το συγκεκριμένο περιβάλλον (Grunfeld et al., 2000).

Περίθαλψη Ηλικιωμένων: Η δυσχερής επικοινωνία με ανθρώπους που προσανατολίζονται δύσκολα στον χώρο, που παρουσιάζουν σύγχυση, άνοια, επιθετικότητα, κατάθλιψη και η σωματική κόπωση που καταβάλουν για να φροντίσουν δυσκίνητα ή με πλήρη ακινησία άτομα, καθώς και η αδυναμία των ηλικιωμένων να αναγνωρίσουν το έργο των νοσηλευτών είναι παράγοντες ανάπτυξης συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Επίσης, η έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής που είναι απαραίτητη για την παροχή ποιοτικής φροντίδας και η στασιμότητα των καταστάσεων μπορεί να οδηγήσει στην αίσθηση μειωμένων επιτευγμάτων (Κοτρώτσιου και Παραλήκας, 2002).

Ψυχιατρικά τμήματα: Οι νοσηλευτές είναι σε καθημερινή βάση αντιμέτωποι με την απειθάρχηση συμπεριφορά του αρρώστου, την πρόκληση ταραχών και τις επιθέσεις. Συχνά βιώνουν θλίψη και απογοήτευση, καθώς υποτροπιάζουν οι άρρωστοι και επανέρχονται για νοσηλεία. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση με τη στροφή που έκανε στην κοινότητα εξαναγκάζει κατά κάποιο τρόπο τους νοσηλευτές να εκπαιδευτούν σε νέα καθήκοντα-ρόλους στις δομές πχ. είδη θεραπειών. Επίσης, υπάρχει ασάφεια στις προσδοκίες και στους στόχους αυτών των δομών (Newman et al., 2020; Μποζίκας και συν., 2000).

Σε συγκριτική μελέτη βρέθηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία εμφανίζει υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης από εκείνα τα αμιγώς ψυχιατρικών νοσοκομείων. Αυτό οφείλεται στην αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών στα γενικά νοσοκομεία, ενώ στα ψυχιατρικά νοσηλεύονται χρόνιοι ασθενείς. Επίσης, δόθηκε έμφαση στην προϋπηρεσία, η οποία κυμάνθηκε στα 11 χρόνια κατά μέσο όρο (Αδαλή και συν., 2002).

Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ): Στους χώρους υποδοχής των ασθενών και των συνοδών τους έχουν πολλές φορές διαδραματιστεί συγκρούσεις, άσκηση λεκτικής και σωματικής βίας σε βάρος του νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ ταυτόχρονα το προσωπικό προσφέρει φροντίδα σε επείγουσες καταστάσεις. Δεν είναι σπάνιο για τους νοσηλευτές των ΤΕΠ να παρέχουν υπηρεσίες σε πολλά άτομα ταυτόχρονα και με τελείως διαφορετικές ανάγκες. Συχνά έρχονται αντιμέτωποι με το θάνατο και είναι αναγκασμένοι να ενημερώνουν τους συγγενείς και να

αντιμετωπίζουν και την αντίδρασή τους από τη ξαφνική είδηση της απώλειας αγαπημένου προσώπου. Σε μελέτη που έγινε, οι νοσηλευτές των ΤΕΠ εμφανίζουν στατιστικά υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης σε σύγκριση με εκείνους των ΜΕΘ (Chemali et al., 2019; Αδαλή και συν., 2000; Iakovidis et al., 1999).

2.4.3 Το άμεσο περιβάλλον του αρρώστου

Καθημερινά οι νοσηλευτές επικοινωνούν και με τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος του αρρώστου, τα οποία προσπαθούν να προσαρμοστούν στη νέα πραγματικότητα ο καθένας με τον δικό του τρόπο και να προσφέρουν το καλύτερο δυνατό στον άνθρωπό τους. Όταν όμως εισέρχονται στα νοσηλευτικά ιδρύματα, ιδιαίτερα όταν αυτό γίνεται ξαφνικά και αναγκάζονται για όση ώρα απαιτείται να μην βλέπουν τον άνθρωπό τους ή να μην λαμβάνουν πληροφορίες γρήγορα, κατακλύζονται συχνά από θυμό, άγχος, ανασφάλεια, ενοχές, απόγνωση και αρκετές είναι οι φορές που εξωτερικεύουν αυτή τη φόρτιση και συγκρούονται με τους νοσηλευτές. Πολλές φορές οι νοσηλευτές είναι αγγελιοφόροι δυσάρεστων καταστάσεων πχ. απώλεια, τραύμα, θάνατος. Σπουδαίο ρόλο παίζει και η προκατάληψη που έχει ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού, το οποίο δεν αναγνωρίζει και υποτιμά το έργο των επαγγελματιών υγείας και ιδιαίτερα των νοσηλευτών. Δεν είναι λίγες οι φορές που έχουν καταγραφεί και περιστατικά άσκησης σωματικής βίας (Γιούρντα και Τουλιά, 2015; Μουστάκα και συν., 2010; Αδαλή και Λεμονίδου, 2001).

2.4.4 Τα προσωπικά χαρακτηριστικά του Νοσηλευτή

Ο χειρισμός των παρορμήσεων και η αντιμετώπιση των αντίξωων καταστάσεων είναι δεξιότητες που αναδεικνύουν την ανθεκτικότητα του επαγγελματία στις στρεσογόνες καταστάσεις. Ο αυτοέλεγχος, η τιμιότητα, η προσαρμοστικότητα, η ευσυνειδησία, η δεκτικότητα πρωτοποριακών ιδεών και προσεγγίσεων χαρακτηρίζουν τον εργαζόμενο που κινείται πάντα με αυτοπεποίθηση που έχει τον έλεγχο των καταστάσεων και τολμά να αναλαμβάνει δύσκολες υποθέσεις θεωρώντας αυτές, ως προκλήσεις (Yongcheng Yao et al., 2018; Guillermo et al., 2015).

Η ενσυναίσθηση, δηλαδή η κατανόηση των συναισθημάτων, η πρόβλεψη και αναγνώριση των αναγκών των άλλων, η ενίσχυση των δυνατοτήτων τους και η επίγνωση των ανησυχιών τους δείχνουν επαγγελματία που είναι ικανός να χειρίζεται

τις σχέσεις και δεν προβάλλει το προσωπικό του όφελος. Η διαπραγμάτευση και επίλυση διαφωνιών, η ανάπτυξη λειτουργικών σχέσεων και συνεργασίας για την επίτευξη κοινών στόχων και η εξασφάλιση συνοχής στην ομάδα δείχνουν ικανότητα δημιουργίας και διατήρησης της επικοινωνίας και ικανότητα καθοδηγητή (Καραγιάννης και συν., 2017; Φραδέλος και Στάικος, 2013).

Επίσης, σπουδαίο ρόλο παίζει ο λόγος που επέλεξε ο νοσηλευτής το επάγγελμά του, τα κίνητρα για την επιλογή της συγκεκριμένης θέσης, αν την επέλεξε ο ίδιος, οι προσδοκίες του από τους άλλους και την υπηρεσία του και αν αυτές εκπληρώνονται. Υπάρχουν εργαζόμενοι που δίνουν μεγάλη έμφαση στη δουλειά, είναι ιδιαίτερα αφοσιωμένοι, αναλαμβάνουν πολλές ευθύνες και εργάζονται εντατικά για μεγάλο χρονικό διάστημα. Αγνοούν τις συνεχείς πιέσεις που δέχονται ή από συνήθεια ή τις παρερμηνεύουν ως υπερ-δραστηριοποίηση ή φοβούνται μήπως φανούν τρωτοί, αρνούνται την πραγματικότητα και αναλαμβάνουν παραπάνω καθήκοντα (Kowalczyk et al., 2020; Δεληγά και συν., 2012).

Οι επαγγελματίες υγείας επωμίζονται μία δυσβάσταχτη ευθύνη, η οποία τους δημιουργεί δύο λανθασμένες εντυπώσεις που εγκυμονεί κινδύνους. Η πρώτη είναι ότι μόνο αυτοί μπορούν να λύσουν το πρόβλημα του αρρώστου- μία αίσθηση παντοδυναμίας και η δεύτερη, ότι πρέπει να βρουν αυτοί τη λύση οπωσδήποτε και σύντομα. Η απόσυρση από αυτές τις καταστάσεις και η αποστασιοποίηση είναι αναμενόμενες ενέργειες. Όταν ο επαγγελματίας είναι επιφορτισμένος με αυξημένα ανθρωπιστικά κίνητρα και ερχόμενος στη δουλειά δεν μπορεί λόγω φόρτου εργασίας να αφιερώσει τον ανάλογο χρόνο στο πλευρό του αρρώστου, για να τα εκπληρώσει, είναι εύλογο να απογοητεύεται και να έχει μειωμένη την αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων. Αρκετοί είναι αυτοί που διάλεξαν το επάγγελμά τους σε μικρή ηλικία σπούδασαν γι' αυτό και όταν άρχισαν να το ασκούν κατάλαβαν ότι δεν τους ταιριάζει ή ότι είναι δύσκολο να ανταπεξέλθουν (Haddad LM & Geiger RA, 2020; Bakhamis et al., 2019; Παπαγεωργίου και συν., 2010).

Οι νοσηλευτές που έρχονται σε συχνή επαφή με τον θάνατο ή με ανίατες ασθένειες, που εκτελούν πράξεις κατά τις οποίες ο άρρωστος λόγω της κατάστασής του δεν συναινεί, οι οποίες καταπατούν τις ανθρώπινες αξίες, αλλά γίνονται γιατί κάποια πρωτόκολλα τις παραγγέλνουν, οδηγούνται σε ηθική αβεβαιότητα. Σ' αυτό συμβάλλει η ανεπαρκής εκπαίδευση των νοσηλευτών να αντιμετωπίζουν τέτοιες καταστάσεις και η ασάφεια της διεξαγωγής του ρόλου τους. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, όταν δεν υπάρχει υποστηρικτικό περιβάλλον στην εργασία για ανατροφοδότηση, όταν το προσωπικό δεν επικοινωνεί μεταξύ του, όταν ο οργανισμός δεν καλύπτει τις ανάγκες των υπαλλήλων, ούτε ακροάζεται τα αιτήματά

του, ο επαγγελματίας είναι επιρρεπής στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και στην κατάθλιψη (Reith, 2018). Η κατάσταση δυσχεραίνει όταν δεν υπάρχει και εκτός εργασίας το κατάλληλο υποστηρικτικό δίκτυο και ο επαγγελματίας δεν έχει άλλα ενδιαφέροντα. Σχετική έρευνα ανέδειξε ότι η ανάπτυξη της συναισθηματικής νοημοσύνης αναστέλλει τις επιπτώσεις των αρνητικών συναισθημάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και όταν υπάρχει αύξηση στη βαθμολογία της αυξάνεται και ο ρυθμός της γενικής υγείας (Foji S et al., 2020).

Υπάρχει μία κοινή αίσθηση ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι προσωπικό πρόβλημα του εργαζόμενου, επειδή οι συνέπειές της είναι εμφανείς πρώτα στο ίδιο το άτομο. Δηλαδή το άτομο νοσεί ή απέτυχε να επιβιώσει στην επαγγελματική αρένα ή είναι ένας τρόπος να παραπονείται από συνήθεια ή κουβαλά άλυτα προβλήματα από το σπίτι και δυσκολίες που μειώνουν την εργασιακή του ικανότητα (Czegledi E. et al., 2019).

Κατάθλιψη και επαγγελματική εξουθένωση. Η κατάθλιψη είναι μια ακαταστασία, που διαπερνά τη ζωή του πάσχοντος σε όλους τους τομείς καθώς και στην εργασία του προκαλώντας έτσι προβλήματα, ενώ η επαγγελματική εξουθένωση περιορίζεται στο χώρο εργασίας. Σε μελέτη που έγινε σε 368 νοσηλευτές στο νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης με σκοπό να ερευνηθεί τη συγγένεια μεταξύ του συνδρόμου και της ανάπτυξης της κατάθλιψης εκτιμήθηκε ότι δεν υπάρχει συγγένεια. Πολλά μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού τα οποία φάνηκε να υποφέρουν από το σύνδρομο δεν δηλώνουν συμπτώματα κατάθλιψης. Καταγράφεται η ύπαρξη δύο διαφορετικών καταστάσεων κατάθλιψης και επαγγελματικής εξουθένωσης, αλλά προτείνουν την ύπαρξη κοινών χαρακτηριστικών (Iakovidis et al., 1999).

Άλλες έρευνες έδειξαν σημαντική συσχέτιση των τριών παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης με την κατάθλιψη, ιδιαίτερα αυξημένη με την συναισθηματική εξάντληση (Μποζίκας και συν., 2000). Σχετική μελέτη που έγινε σε 1721 νοσηλευτές μονάδων και επειγόντων στην Ανδαλουσία της Ισπανίας ερευνήθηκαν 337 (63,3%). Ανιχνεύθηκε υψηλό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης στο 38,5%. Συναισθηματική εξάντληση παρουσίασε το 10,5% του δείγματος, αποπροσωποποίηση το 16,8% και χαμηλό επίπεδο προσωπικών επιτευγμάτων το 63,3%. Ένα υψηλό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται σημαντικά με τους παράγοντες προσωπικότητα και κατάθλιψη (Cañadas-de la Fuente GA et al., 2018).

Σε άλλη σχετική μελέτη που έγινε σε 150 νοσηλευτές στο γενικό νοσοκομείο Ρόδου έδειξε ότι ποσοστό 80,6% εμφάνισε κάποιου βαθμού κατάθλιψη (το 39,8%

ήπια κατάθλιψη) και ισχυρή θετική συσχέτιση αυτής με τη συναισθηματική εξάντληση(Τσετσέλη και Τριγώνη, 2017).

«Το κόστος της κακής ψυχικής υγείας έχει τεράστιο αντίκτυπο στους χώρους εργασίας. Στο πλαίσιο των εργασιών που εκπονήθηκαν σχετικά με το ευρωπαϊκό σύμφωνο για την ψυχική υγεία, υπολογίστηκε ότι το συνολικό κόστος από πλευράς παραγωγικότητας των συχνών απουσιών λόγω ψυχικής ασθένειας άγγιξε το 2007 τα 136 δισ. ευρώ, ποσό που ισοδυναμούσε την εποχή εκείνη με περίπου 624 ευρώ ανά μισθωτό εργαζόμενο στην ΕΕ. Από το ποσό αυτό, τα 99 δισ. ευρώ σχετίζονταν με διαταραχές λόγω κατάθλιψης και άγχους. Το κόστος των ψυχικών ασθενειών μπορεί να συγκριθεί με εκείνο των καρδιαγγειακών ασθενειών που ανήλθαν σε 36 δισ. ευρώ το 2007. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στα ποσά αυτά δεν περιλαμβάνεται το κόστος σε επίπεδο κοινωνίας γενικότερα, όπως δαπάνες για θεραπεία, επιδόματα κοινωνικής πρόνοιας κ.λπ. Το ιδιαίτερα υψηλό κόστος της κακής ψυχικής υγείας προκύπτει και από πολλές άλλες μελέτες»Πηγή:Ευρωπαϊκή Επιτροπή.Απασχόληση, Κοινωνικές υποθέσεις και Κοινωνική Ένταξη. Προαγωγή της ψυχικής υγείας στον χώρο εργασίας. Οδηγός για την εφαρμογή μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης. 11/2014.

2.4.5 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ορισμένοι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν σε κάποιο βαθμό την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι παράγοντες αυτοί είναι το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, τα χρόνια προϋπηρεσίας, ο χρόνος που αφιερώνεται κοντά στον άρρωστο και η παραμονή στο ίδιο τμήμα.

Σε έρευνα που συμμετείχαν 19 εργαζόμενοι νοσηλευτές στο ψυχιατρικό νοσοκομείο Θεσσαλονίκης(ΨΝΘ), 14 νοσηλευτές σε διαμερίσματα φιλοξενίας χρόνιων ψυχικά ασθενών (ΕΨΥΚΑ) αστική εταιρεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και 12 επισκέπτριες νοσηλεύτριες του ΨΝΘ, βρέθηκε ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τα χρόνια εκπαίδευσης και το επίπεδο εμπειρίας δεν επηρεάζουν σημαντικά τη «δυσφορία» των εργαζομένων. Το ίδιο βρέθηκε για τον αριθμό αλλαγών και τη διάρκεια παραμονής στο τμήμα. Όμως για τους εργαζόμενους στην ΕΨΥΚΑ δεν υπάρχει ουσιαστική δυνατότητα μετακίνησης, ενώ στο ΨΝΘ οι μετακινήσεις γίνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Στην ίδια έρευνα αναφέρεται ότι το προσωπικό δομών και οι επισκέπτριες δεν παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης από το προσωπικό της ψυχιατρικής κλινικής, αντίθετα

με ότι αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία και αποδίδεται στην ιδιαίτερα ιδεολογικά φορτισμένη ατμόσφαιρα των δομών (συμμετοχή στην κοινότητα) και στο ότι στη χώρα μας δεν έχουν εισαχθεί τα κριτήρια ανταποδοτικότητας (Μποζίκας και συν., 2000; Reid et al., 1999; Prosser et al., 1997).

Σε έρευνα 233 νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ που εργάζονται 20 σε παθολογικά τμήματα, 7 σε ΜΕΘ και 5 σε επείγοντα περιστατικά (νοσοκ. Αττικής) βρέθηκε ότι το φύλο σχετίζεται σημαντικά με τη συναισθηματική εξάντληση. Συγκεκριμένα, οι άνδρες στις ΜΕΘ είχαν τα υψηλότερα επίπεδα, αν και πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι ήταν λιγότεροι σε αριθμό από τις γυναίκες. Σε άλλο δείγμα είχαμε αντίθετα αποτελέσματα (Κάντας, 1999; Αδαλή και συν., 2000).

Σε σχετικά πρόσφατη έρευνα (2019) που αφορούσε ιατρικό (285) και νοσηλευτικό προσωπικό (572) σε καρκιнологικό κέντρο στο Πεκίνο διερευνήθηκε η συσχέτιση των παραμέτρων της επαγγελματικής εξουθένωσης με τα δημογραφικά, κοινωνικά και τις συνθήκες εργασίας των συμμετεχόντων. Βρέθηκε ότι η κατοικία, οι υπερωρίες και η χαμηλή αυτοεκτίμηση ήταν παράγοντες πρόβλεψης για επαγγελματική εξουθένωση. Η κατοικία, η χαμηλή αυτοαξιολόγηση της υγείας, η χαμηλή αυτοαξιολόγηση της ποιότητας και οι κακοί συνεργάτες ήταν προγνωστικοί παράγοντες για αποπροσωποποίηση. Η ηλικία, οι μειωμένες διαπροσωπικές σχέσεις, η χαμηλή αυτοεκτίμηση συνδέθηκαν με χαμηλά προσωπικά επιτεύγματα (Chen et al., 2019).

Η ηλικία σχετίζεται σημαντικά με την αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων. Η πιθανή εξήγηση που δίνεται είναι ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας νοσηλευτές χειρίζονται τις εντάσεις με επιτυχία, είναι ικανοποιημένοι από το επάγγελμα και παραμένουν σε αυτό. Οι νεότεροι συνήθως έχουν μικρότερη εμπειρία, σταθερότητα και ωριμότητα, παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες και είναι πιο ευαίσθητοι στο σύνδρομο. Ας σημειωθεί ότι οι νεότεροι σε ηλικία συνήθως έχουν και τη μικρότερη προϋπηρεσία, οπότε επιφορτώνονται με περισσότερα και δυσκολότερα καθήκοντα απ' ό,τι οι μεγαλύτεροι, πράγμα που τους ωθεί στη συναισθηματική εξάντληση (Δουβανάς και συν., 2011; Δημητρόπουλος και συν., 2008; Αδαλή και συν., 2000).

Το φύλο βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τα προσωπικά επιτεύγματα. Πιθανά ο ρόλος του άντρα ιδιαίτερα στην ελληνική κοινωνία εκπληρώνεται μέσα από τα προσωπικά επιτεύγματα (Τσετσέλη και Τριγώνη, 2017).

Η οικογενειακή κατάσταση σχετίζεται με την αποπροσωποποίηση. Οι χήροι, οι διαζευγμένοι και αυτοί με παιδιά εμφάνισαν αυξημένα επίπεδα. Ενοχοποιείται πιθανά η έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου. Οι παντρεμένοι διαθέτουν μεγαλύτερη εμπειρία στη διευθέτηση προσωπικών και συναισθηματικών συγκρούσεων και πιθανόν

αφοσιώνονται λιγότερο στη δουλειά τους απ' ό τι οι ανύπαντροι. Ιδιαίτερα στη χώρα μας, οι οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις παίζουν σπουδαίο υποστηρικτικό ρόλο λόγω της συνοχής που τις χαρακτηρίζει. Οι Έλληνες δημιουργούν εκτεταμένες σχέσεις και ασχολούνται με άλλες δραστηριότητες εκτός της δουλειάς, απ' όπου αντλούν ικανοποίηση(Δεληχά, Τούκα και Σπυρούλη, 2012).

Το επίπεδο εκπαίδευσης φάνηκε να επηρεάζει αρνητικά την αύξηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και αυτό ίσως οφείλεται ότι το δείγμα εμπεριέχει ΠΕ ιατρούς και νοσηλευτές, οι οποίοι βιώνουν χαμηλότερη συναισθηματική εξάντληση σε σχέση με τους ΤΕ και παράλληλα απολαμβάνουν περισσότερα προσωπικά επιτεύγματα(Δουβανάς και συν., 2011). Σε άλλη μελέτη, οι νοσηλευτές ΤΕ εμφάνισαν μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση σε σχέση με τους ΔΕ και αποδίδεται στο ότι οι ΤΕ δεν κατάφεραν να ικανοποιήσουν τους προσωπικούς επαγγελματικούς τους στόχους (Αδαλή και συν., 2002).

Η προϋπηρεσία βρέθηκε να σχετίζεται σε μικρό βαθμό με την αποπροσωποποίηση και παρατηρήθηκαν αυξημένα επίπεδα αποπροσωποποίησης στους νοσηλευτές με μικρό χρόνο προϋπηρεσίας. Επίσης, βρέθηκε να σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης σε άτομα με 11 χρόνια μέσο όρο προϋπηρεσίας στο ίδιο τμήμα (Μόττη- Στεφανίδη, 2000). Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζουν και άλλοι επαγγελματίες υγείας, όπως οι γιατροί(Αλεξιάς και συν., 2010).

Η έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζεται πιο έντονα στην επαρχία με τη μεγάλη προσέλευση των ασθενών και τη μη επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού να αποτελούν παράγοντες δυσaráσκειας και εκδήλωσης του συνδρόμου «burnout» (Νούλα και συν., 2010).

Ο χρόνος που αφιερώνεται για τη φροντίδα του αρρώστου και η αυτονομία του νοσηλευτή βρέθηκαν να αυξάνουν την αίσθηση των προσωπικών επιτευγμάτων ενώ μειώνουν την συναισθηματική εξάντληση και την απρόσωπη συμπεριφορά(Αδαλή, 2000 και 2002). Η θεραπευτική διαπροσωπική σχέση με τον ασθενή συνδέεται με υψηλότερες ενδείξεις συναισθηματικής εξάντλησης και απροσωποποίησης στα άτομα που εργάζονται σε ψυχιατρικές δομές συγκριτικά με αυτά που εργάζονται στις ψυχιατρικές δομές αποκατάστασης(Σιουρούνη, 2006).

Ο χρόνος παραμονής σε ένα τμήμα και ιδιαίτερα σε αυτά με αυξημένες απαιτήσεις πχ. ΜΕΘ, παθολογικά βρέθηκε να σχετίζεται με τη συναισθηματική εξάντληση(Αδαλή, 2000 και 2002) και υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης(Δουβανάς και συν.,2011;Νούλα και συν., 2010).

Τα ατυχήματα συνδέονται με τους εργασιακούς ρυθμούς και αυξάνονται με τη χρήση ή την πτώση επικίνδυνων ή αιχμηρών αντικειμένων ή με την παρουσία εύφλεκτων υλικών ή την έκθεση σε βιολογικούς/μολυσματικούς παράγοντες. Η παρουσία κούρασης, κόπωσης, εξάντλησης συνοδεύεται με στρες και άγχος, συμπτώματα που οδηγούν ή συνοδεύουν την επαγγελματική εξουθένωση(Κατσοχειράκη και συν.,2019).

Η ηλικία και ο προσανατολισμός στο καθήκον σχετίζονται σημαντικά με την αίσθηση των προσωπικών επιτευγμάτων. Φάνηκε ότι όσο αυξάνει η ηλικία, τόσο περισσότερο υπεύθυνοι και αποδοτικοί θέλουν να γίνονται. Η παροχή βοήθειας σε άτομα με σοβαρά προβλήματα υγείας δημιουργεί έντονο στρες ειδικά όταν συνοδεύεται με χαμηλή ή έλλειψη κοινωνικής αναγνώρισης και έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση(Μουστάκα και συν.,2010; Αδαλή, 2000).

2.5 Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Μεγάλος αριθμός ερευνών σε παγκόσμιο επίπεδο έχει τεκμηριώσει την ύπαρξη του συνδρόμου burnout αναδεικνύοντας πολιτιστικά και εθνικά χαρακτηριστικά. Θεωρείται πλέον ένας από τους παράγοντες που απειλούν την απόδοση και την οργανωτική δομή μιας υπηρεσίας. Εκτιμάται ότι το burnout μπορεί να κοστίσει στις ΗΠΑ έως 17 δισεκατομμύρια δολάρια για ιατρική περίθαλψη ανά έτος, 400 Αμερικανοί ιατροί πεθαίνουν κάθε χρόνο από αυτοκτονία. Η μελέτη που δημοσιεύθηκε στο τεύχος Δεκεμβρίου 2015 του *Proceedings Clinic Mayo* αξιολόγησε την εξάντληση και την ικανοποίηση με την ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής των συμμετεχόντων αμερικανών γιατρών και βρήκε ότι ποσοστό 54,4% από 6.880 γιατρούς που παρακολούθησαν το 2014 δήλωσε, ότι είχε τουλάχιστον μια από τις τρεις διαστάσεις του burnout - συναισθηματική εξάντληση, κυνισμό και αναποτελεσματικότητα - σε σύγκριση με το 45,5% το 2011. Όλες οι ειδικότητες εμφάνισαν αύξηση στην εξάντληση άνω του 10%. Ο επιπολασμός της εξάντλησης στην υγειονομική περίθαλψη πρέπει να προκαλεί ανησυχία, όχι μόνο για τους κλινικούς ιατρούς, αλλά και για τα στελέχη της υγειονομικής περίθαλψης. Το burnout δεν είναι, όπως πολλοί πιστεύουν, ατομική αποτυχία. Αντίθετα, είναι ένδειξη συστημικής δυσλειτουργίας, μπορεί να εμποδίσει τις προσπάθειες για ποιοτική περίθαλψη. Υπάρχουν κίνδυνοι για την ασφάλεια του ασθενούς, την ποιότητα και την ικανοποίηση των ασθενών, όχι απαραίτητα από τον προσβεβλημένο επαγγελματία υγείας αλλά από τις δυσμενείς συνθήκες εργασίας που οδήγησαν στο burnout (Ariely et al., 2015).

Οι εργαζόμενοι σε όποιο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης και αν βρίσκονται επηρεάζουν με τη διάθεση και τη στάση τους το ηθικό του υπόλοιπου προσωπικού. Οι συχνές αργοπορίες και οι απουσίες, η ευερεθιστότητα και οι συγκρούσεις επηρεάζουν αρνητικά την παροχή ποιοτικής φροντίδας και αυξάνουν το φόρτο εργασίας και το στρες του προσωπικού που είναι συνεπής στις υποχρεώσεις του. Αποδέκτες της όλης κατάστασης οι χρήστες παροχής υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι απογοητευμένοι και απελπισμένοι σχολιάζουν τα «κακώς κείμενα» του κάθε

οργανισμού και βρίσκουν σύμφωνους τους εξουθενωμένους επαγγελματίες που τους συμπαράστέκονται κατηγορώντας την απρόσωπη υπηρεσία τους (Κατσοχειράκη, 2019).

Η αρνητική διάθεση των εξουθενωμένων επαγγελματιών μεταφέρεται στην προσωπική τους ζωή, οι οποίοι καταφεύγουν πολλές φορές στην παρατεταμένη χρήση αλκοόλ, ουσιών και σε απολαύσεις που δεν προσφέρουν ανατροφοδότηση και καθώς παραμένουν μόνιμα επιφορτισμένοι οδηγούνται σε αδιέξοδο και απογοητευμένοι απομονώνονται από το κοινωνικό τους περιβάλλον. Οι απαιτήσεις εξάλλου εκτός εργασίας δε σταματούν ποτέ, η ζωή ακολουθεί ένα ξέφρενο κυνηγητό κατακτήσεων ακόμα και των πιο ανούσιων πραγμάτων. Παραπέρα, αν χάσουν τη δουλειά τους έχουν να αντιμετωπίσουν τα επακόλουθα της ανεργίας και των περιορισμένων πόρων (Khamisa et al., 2015).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες σε σχετική έρευνα το νοσηλευτικό προσωπικό υποστηρίζει ότι τα αριθμητικά επίπεδα του προσωπικού δεν είναι αρκετά για την παροχή ασφαλούς και αποτελεσματικής φροντίδας. Η επαγγελματική απογοήτευση του νοσηλευτικού προσωπικού είναι τέσσερις φορές μεγαλύτερη από το μέσο όρο όλων των εργαζομένων στις ΗΠΑ και το 20% αναφέρει ότι θα παραιτηθεί μετά τον πρώτο χρόνο υπηρεσίας. Η στάση αυτή οφείλεται στην υψηλή αναλογία ασθενών: νοσηλευτή που ευθύνεται για τον υπερβολικό φόρτο εργασίας, την αδυναμία άμεσης ανταπόκρισης στο επείγον, την έκθεση σε υψηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας, τα αυξημένα επίπεδα στρες και εξάντλησης, για τη δυσαρέσκεια και την επιθυμία για φυγή από το επάγγελμα(Phillips, 2020; Aiken et al., 2002).

«Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, το 2002 το κόστος του εργασιακού στρες ανήλθε στο 3-4 % του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος, ενώ στη Γερμανία το ετήσιο κόστος των ψυχολογικών διαταραχών άγγιξε σύμφωνα με εκτιμήσεις τα 3 δισ. ευρώ. Για μια καλή επισκόπηση των μελετών σχετικά με τα συναφή κόστη.... Η κακή ψυχική υγεία έχει δυσανάλογη επίδραση στις απουσίες από την εργασία, την αναπηρία και την πρόωρη συνταξιοδότηση. Όταν οι άνθρωποι αναπτύσσουν κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας, είναι πιθανό να μείνουν εκτός εργασίας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, ενώ αυξάνονται σημαντικά οι πιθανότητες να καταστούν ανάπηροι και να συνταξιοδοτηθούν πρόωρα. Επιπλέον, τα στοιχεία που έχουν συγκεντρωθεί από διάφορες χώρες καταδεικνύουν ότι η κακή ψυχική υγεία ευθύνεται για το διαρκώς αυξανόμενο ποσοστό συχνών απουσιών, αναπηρίας και πρόωρης συνταξιοδότησης στο πέραςμα του χρόνου. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι κατά την περίοδο 1989-2010 στη Γερμανία το ποσοστό πρόωρης συνταξιοδότησης λόγω κακής ψυχικής υγείας, το οποίο μόλις υπερέβαινε το 20 %,

αυξήθηκε σχεδόν στο 40% του συνόλου των συνταξιοδοτήσεων για λόγους υγείας. Η αναλογία των πρόωρων συνταξιοδοτήσεων λόγω προβλημάτων ψυχικής υγείας ακολουθεί έκτοτε αυξητική πορεία. Αύξηση σημείωσε επίσης στη Γερμανία το ποσοστό απουσίας από την εργασία λόγω κακής ψυχικής υγείας: κατά την περίοδο 1989-2012 αυξήθηκε κατά 2,5 φορές, ενώ τα ποσοστά απουσίας λόγω άλλων προβλημάτων υγείας παρέμειναν ουσιαστικά στα ίδια επίπεδα. Οι τάσεις αυτές που καταγράφηκαν στη Γερμανία αντικατοπτρίζονται στα στοιχεία πολλών άλλων χωρών της ΕΕ. Από στοιχεία που συλλέχθηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο προκύπτει ότι όχι μόνο αυξήθηκαν οι απουσίες λόγω στρες ή διαταραχών ψυχικής υγείας, αλλά ότι οι απουσίες για τις συγκεκριμένες αιτίες είναι μεγαλύτερης διάρκειας σε σχέση με τις απουσίες για λόγους σωματικής υγείας.» Πηγή:Ευρωπαϊκή Επιτροπή,Απασχόληση, Κοινωνικές υποθέσεις και Κοινωνική Ένταξη. Προαγωγή της ψυχικής υγείας στον χώρο εργασίας. Οδηγός για την εφαρμογή μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης. 11/2014.

Σύμφωνα με στοιχεία του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία-EU-OSHA ενδεικτικά αναφέρω τα παρακάτω ετήσια οικονομικά κόστη προσαρμοσμένα σε ευρώ. Η Κατάθλιψη που συνδέεται με την εργασία κοστίζει για την ΕΕ-27: 617 δισεκατ. ευρώ(Matrix, 2013), το Εργασιακό άγχος για την ΕΕ-15: 25,4 δισεκατ. ευρώ(Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2002), η Καταπόνηση, η Κατάθλιψη και το Άγχος για το ΗΒ: 4,3 δισεκατ. ευρώ(HSE,2013). Για τις ΗΠΑ το Εργασιακό άγχος κοστίζει 313 δισεκατ. ευρώ (Rosch,2001), για τον Καναδά το Εργασιακό άγχος 8,96 δισεκατ. ευρώ με υψηλό επιπολασμό, για την Αυστραλία η Ψυχική καταπόνηση 4,3 δισεκατ. ευρώ(Safe Work Australia,2012a) και 15038 ευρώ ο μέσος όρος ανά υπόθεση αποζημίωσης(Safe Work Australia,2012b).

Τα αρνητικά επακόλουθα εργασιακού άγχους και των συνθηκών εργασίας που ευνοούν την ανάπτυξη των παραμέτρων της επαγγελματικής εξουθένωσης αιτιολογούν το πόσο σημαντικό είναι το σύνδρομο, τόσο για τους επαγγελματίες και τις οικογένειές τους, όσο και για τους λήπτες υπηρεσιών υγείας και τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας. Σε παγκόσμιο επίπεδο μέσα ελέγχου της επαγγελματικής εξουθένωσης και μέσα υποστήριξης των διοικήσεων στις βαθμίδες των νοσηλευτών συζητούνται. Το κόστος του συνδρόμου στα άτομα και στους οργανισμούς θα επιβαρύνει τελικά το σύστημα υγείας και τις υγειονομικές υπηρεσίες. Οπότε είναι προτιμότερο να ληφθούν μέτρα από τις διοικήσεις των οργανισμών σε συνεργασία με τους υπαλλήλους τους που θα εμποδίσουν την ανάπτυξή του, απ' ότι να την αντιμετωπίσουν, αφού εγκατασταθεί. Οι οργανισμοί θα πρέπει να πετύχουν μία αρμονική σχέση μεταξύ εργαζόμενου και περιβάλλοντος εργασίας. Η απάντηση δεν είναι άμεση, αλλά τα αποτελέσματα προσφέρουν μακροχρόνια οφέλη.

2.6 ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Ο καλύτερος τρόπος να εμποδίσεις την ανάπτυξη του συνδρόμου είναι να μειώσεις τα αρνητικά στοιχεία της εργασίας και να ενισχύσεις τα θετικά. Οι οργανισμοί έχουν τη δύναμη και τις πηγές διαμέσου των διοικήσεων να εφαρμόσουν σχεδιασμούς προσέγγισης του προσωπικού τους, να ανακαλύψουν ποια και σε τι βαθμό είναι τα προβλήματά τους και ποιες λύσεις προτείνονται. Και το προσωπικό χρειάζεται από την πλευρά του μία ευκαιρία να εκφράσει τις απόψεις του στη διοίκηση και να κατανοήσουν ότι χρειάζεται ο ένας τον άλλον. Μία οργανική προσέγγιση βελτιώνει τη διοίκηση, την παραγωγικότητα και την ποιότητα ζωής του προσωπικού της(Maslach, 1997).

Βέβαια και οι εργαζόμενοι πρέπει να λάβουν μέτρα να σταματήσουν την ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Πρέπει να φροντίσουν τη σωματική και ψυχική τους ευεξία. Να διεκδικήσουν και να συμμετέχουν σε έρευνες της νοσηλευτικής διοίκησης για τη συνεχή συστηματική συλλογή στοιχείων που αφορούν την επαγγελματική εξουθένωση κατά άτομο και κατά ομάδες και τη διαρκή επανεκτίμηση των αποτελεσμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης της κατάστασης. Στη βιβλιογραφία ανευρίσκονται μια πληθώρα μέτρων σε διοικητικό και ατομικό επίπεδο προφύλαξης και αντιμετώπισης του συνδρόμου burnout.

2.6.1 Ατομικά μέτρα

Η έγκαιρη ενημέρωση των νοσηλευτών να αναγνωρίζουν νωρίς τα συμπτώματα του υπερβολικού στρες και να μην τα αγνοούν. Να αποφεύγουν να αναλάβουν επιπρόσθετες ευθύνες και να υπερφορτώνουν την εργασία τους.

Επαναπροσδιορισμός των προσδοκιών και των προσωπικών τους στόχων. Πρέπει να διερευνούν τα αρχικά τους κίνητρα και αν οι στόχοι τους είναι εφικτοί, γιατί όταν δεν εκπληρώνονται είναι πηγή απογοήτευσης και ματαίωσης.

Αναγνώριση και ανάλυση των προβλημάτων του εργασιακού περιβάλλοντος, να αναγνωρίζουν τα αρνητικά τους συναισθήματα και τις δυσκολίες προσαρμογής τους στην εργασία.

Συμμετοχή σε ομάδες νοσηλευτών κατά τμήμα, όπου εκφράζονται οι ανησυχίες, τα προβλήματα και οι ελλείψεις κάθε εργαζόμενου, όπου επαναπροσδιορίζονται οι αξίες, οι στόχοι και οι ανάγκες του τμήματος, όπου καθορίζονται οι αρμοδιότητές τους και γίνονται διευκρινήσεις για το ρόλο του κάθε νοσηλευτή, ανάλογα τη βαθμίδα του.

Εκπαίδευση σε τεχνικές διαχείρισης του άγχους, πραγματοποίηση μικρών διαλειμμάτων και χρήση αδειών από την εργασία.

Να επιλέγουν δραστηριότητες στην προσωπική τους ζωή που τους ανατροφοδοτούν επικοινωνιακά. Το χιούμορ, τα αστεία, το γέλιο, μειώνει τη συναισθηματική ένταση χωρίς βέβαια να γίνεται εις βάρος των αρρώστων και των συνεργατών. Να δημιουργούν και να διατηρούν σταθερό υποστηρικτικό δίκτυο και στην προσωπική τους ζωή.

Να αλλάζουν το τμήμα εργασίας τους σε τακτά διαστήματα, να μην παραμένουν στο ίδιο τμήμα για πολλά χρόνια, ιδιαίτερα όταν αυτό είναι επιβαρυνόμενο.

Διεκδίκηση από την υπηρεσία δημιουργίας ομάδων υποστήριξης και ατομικής συμβουλευτικής. Σκοποί τους η αναγνώριση πηγών στρες, η εκτόνωση των εντάσεων, η ανεύρεση εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης των αρρώστων και των συγγενών τους και η ανάλυση των συναισθημάτων και αντιδράσεων των εργαζομένων.

Συνεχής ενημέρωση, εκπαίδευση και διασταύρωση πληροφοριών με άλλα τμήματα, υπηρεσίες, φορείς σε τοπικό και παγκόσμιο επίπεδο σε εργασιακά θέματα και για τον τρόπο που επιλύουν τα προβλήματά τους. Να συμμετέχουν σε ημερίδες και συνέδρια.

Οι νοσηλευτές πρέπει να αναγνωρίζουν τον εσωτερικό τους κόσμο. Συγκεκριμένα, να έχουν τις εξής ικανότητες: αυτοεπίγνωση, αυτορρύθμιση, επίγνωση των κινήτρων συμπεριφοράς, ενσυναίσθηση και κοινωνικές δεξιότητες για να έχουν ομαλή αλληλεπίδραση στη συνεργασία και στην ομαδική εργασία. Έχουν την υποχρέωση να προσέχουν την υγεία τους.

Να διεκδικούν το δικαίωμα στην ενημέρωση για πηγές κινδύνων στην εργασία και ταυτόχρονα την υποχρέωση να ενημερώνουν τους εργοδότες τους σχετικά με αυτές. Πρέπει να γνωρίζουν όλες τις παραμέτρους ασφάλειας και υγείας του χώρου που εργάζονται, να ενημερώνουν έγκαιρα για τυχόν προβλήματα και να συμμετέχουν σε

συναφείς αποφάσεις, παρεμβάσεις και αξιολογήσεις δραστηριοτήτων. Να εκπαιδεύονται δια βίου στην αντιμετώπιση της βίαιης συμπεριφοράς, σε νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Ο εργαζόμενος πρέπει να γνωρίζει τις κοινωνικές παροχές που δικαιούται π.χ. σε περίπτωση απουσίας λόγω ασθένειας αλλά και τις υποχρεώσεις του. Οι παροχές αυτές πρέπει να προσανατολίζονται στην επιστροφή του στην εργασία.

Να διεκδικεί την ισότητα, να μην υφίσταται διακρίσεις λόγω φύλου, υγείας, ηλικίας, ειδικότητας ή φυλής. Να εκπροσωπείται στα συλλογικά όργανα. Να γνωρίζει τον σκοπό και τους στόχους του οργανισμού που απασχολείται. Να συμμετέχει ενεργά στις αποφάσεις και πολιτικές που χαράσσονται.

2.6.2 Διοικητικά μέτρα

Στη διεθνή βιβλιογραφία προτείνονται μέτρα ενίσχυσης της ανθεκτικότητας των νοσηλευτών απέναντι στην ψυχική και συναισθηματική εξάντληση, μέτρα αντιμετώπισης των αρνητικών στάσεων απέναντι στο επάγγελμα, τη μειωμένη και κακή ποιότητα υπηρεσιών. Η διοίκηση υιοθετώντας κατάλληλες πολιτικές στα προγράμματά της (εξασφάλιση επαρκούς εργατικού δυναμικού, υγειονομικού και τεχνικού εξοπλισμού) δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στη σωματική και ψυχική υγεία, στην αντιμετώπιση των προβλημάτων των εργαζομένων μπορεί να παρακινήσει και να διατηρήσει τους ανθρώπινους πόρους στον οργανισμό (Ghavidel et al., 2019).

Προστασία της ασφάλειας και της υγείας στο χώρο εργασίας. Εντοπισμός των κινδύνων και εκτίμηση αυτών, σχεδιασμός και εφαρμογή μέτρων περιορισμού αυτών, ενημέρωση των εργαζομένων σχετικά και λήψη των απαραίτητων μέτρων προστασίας. Εκπαίδευση των νοσηλευτών στην αναγνώριση των προειδοποιητικών σημείων βίαιης συμπεριφοράς και τον χειρισμό αυτής (Martinez, 2017).

Το εργασιακό περιβάλλον να βελτιωθεί βάσει εργονομικών αρχών για τη μείωση της κόπωσης και των μυοσκελετικών προβλημάτων. Η δυνατότητα πρόωρης συνταξιοδότησης σε όσους την έχουν ανάγκη ανακουφίζει και δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας.

Να ενδυναμωθεί το νοσηλευτικό προσωπικό με τη συμμετοχή και τη συνεργασία του στη λήψη αποφάσεων για θέματα που το αφορούν και στην επίτευξη προκαθορισμένων στόχων. Ενεργοποίηση των νοσηλευτών στον συμμετοχικό

επανασχεδιασμό της οργάνωσης της εργασίας για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και τη μείωση του φόρτου (Μέτσιου, Τόσκα και συν., 2019).

Συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού, ειδικά για τα άτομα που η εργασία τους αλλάζει μορφή ή ξεπερνιέται από τις εξελίξεις σε όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης. Ενδυνάμωση του προσωπικού να συμμετέχει στην έρευνα της Νοσηλευτικής Επιστήμης. Ενημέρωση του προσωπικού των τελευταίων εξελίξεων στο θεωρητικό και πρακτικό μέρος της Νοσηλευτικής. Εφαρμογή όλων των σύγχρονων τεχνολογιών στη νοσηλευτική πρακτική(ηλεκτρονικά νοσηλευτικά πρωτόκολλα κλπ).

Οι νοσηλευτικές διοικήσεις είναι αναγκαίο να προβούν σε έρευνα με τη συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού, να προσδιορίσουν τις πηγές του στρες και να τις ελέγχουν.

Επιλογή, αξιολόγηση και τοποθέτηση του κάθε επαγγελματία στην κατάλληλη θέση εργασίας με σύμφωνη γνώμη του. Τα κίνητρα και το ενδιαφέρον του για κάποιο συγκεκριμένο χώρο επηρεάζουν την απόδοσή του.

Να εφαρμόζεται η οριζόντια μετακίνηση των εργαζομένων ανάλογα με τις δυνατότητές τους και να γίνεται επαρκής πλήρωση των τμημάτων με προσωπικό.

Αναθεώρηση της αξιολόγησης της αποδοτικότητας των εργαζομένων όταν υπάρχουν παράγοντες που δυσκολεύουν την απόδοσή του. Εντοπισμός αυτών των παραγόντων και προσπάθεια εξάλειψής τους.

Η διοίκηση της νοσηλευτικής θα πρέπει να ασκείται στα πλαίσια ανάπτυξης σχέσεων αμοιβαίου σεβασμού, εμπιστοσύνης και ειλικρίνειας. Να είναι δεκτική στις εμπειρίες και τις διαφορετικές απόψεις, να είναι ευέλικτη στις καινοτομίες. Να δίνει κίνητρα και ίσες ευκαιρίες στους υφισταμένους της και να επιβραβεύει τα επιτεύγματα. Σωστός και δίκαιος καταμερισμός των βαρδιών στο εβδομαδιαίο πρόγραμμα με σεβασμό στις ανάγκες των εργαζομένων. Δημιουργία ειδικών κέντρων μέριμνας για τα παιδιά των εργαζομένων. Να τροφοδοτεί την επικοινωνία, την πρωτοβουλία και την υποστήριξη των εργαζομένων. Εξάλλου και η διοίκηση του οργανισμού πρέπει να εφαρμόζει την κάθετη και οριζόντια ανοικτή επικοινωνία όλων των υπαλλήλων της(Μαρίνου, 2000).

Σύσταση ομάδων υποστήριξης. Στις ομάδες οι εργαζόμενοι εκθέτουν τα συναισθήματά τους και τις αντιλήψεις τους για τη ζωή, το θάνατο και την αρρώστια. Μαθαίνουν να επεξεργάζονται τα συναισθήματά τους από οδυνηρές εμπειρίες με εποικοδομητικό ανατροφοδοτικό τρόπο και να εμπλουτίζουν τις γνώσεις τους για την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων και την επίλυση συγκρούσεων. Συζητούν τα

επιτεύγματά τους και ενισχύουν την αυτοπεποίθησή τους και γίνονται αισιόδοξοι. Οι ομάδες ενισχύουν την επικοινωνία και την αλληλοϋποστήριξη των υπαλλήλων. Οι ομάδες αυτές και η ατομική συμβουλευτική είναι προτιμότερο να συντονίζονται από άτομο εκπαιδευμένο σε θέματα επικοινωνίας.

Οι ανθρώπινες αξίες – ελευθερία, δημιουργία, οικογένεια, ευτυχία, ειρήνη- πρέπει να τίθενται σε προτεραιότητα όχι μόνο στην προσωπική ζωή, αλλά και στον εργασιακό χώρο. Είναι αναγκαίες και όχι πολυτέλεια. Είναι πηγές δημιουργικής ενέργειας για τα άτομα και τους οργανισμούς και προάγουν την ποιότητα ζωής και όχι μόνο την οικονομική ευημερία. Όταν τέτοιες αξίες δεν καθοδηγούν την καθημερινή εργασία, οι υπάλληλοι, ειδικά αυτοί της πρώτης γραμμής γίνονται κυνικοί και ατομικιστές. Χάνεται η αλληλοκατανόηση, η αλληλοϋποστήριξη και το περιβάλλον της εργασίας γίνεται μοναχικό.

Ανάπτυξη της Διεπαγγελματικής Συμβουλευτικής. Η διεπιστημονική συνεργασία των επαγγελματιών είναι πολύπλοκη καθώς οι σκέψεις και οι δράσεις τους τέμνονται, αλληλοεπιδρούν ή αντιπαρά τίθενται. Είναι απαραίτητη η ύπαρξη και λειτουργία ορίων, η αλληλοαναγνώριση και ο αλληλοσεβασμός. Οι συμβουλευόμενοι που είναι επαγγελματίες της ίδιας ή διαφορετικών ειδικοτήτων συμβουλευούνται τον σύμβουλο με ποιον τρόπο θα μπορούσαν να αποδώσουν καλύτερα στην εργασία τους. Ο σύμβουλος είναι επαγγελματίας της ίδιας ή συναφούς ειδικότητας, εκπαιδευμένος στη διεργασία της διεπαγγελματικής συμβουλευτικής, ο οποίος βοηθά τον συμβουλευόμενο σ' ένα πρόβλημα, χωρίς να αναλαμβάνει τη φροντίδα ή την ευθύνη του προβλήματος. Ο σύμβουλος είναι εξωτερικός συνεργάτης της υπηρεσίας και δεν έχει καμία επαγγελματική σχέση από πριν με αυτήν (Φραγκούλη και συν., 2000).

Η μέτρηση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης περιλαμβάνει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες φροντίδες. Η ικανοποίηση των ασθενών διαπιστώθηκε ότι συνδέεται με πολλούς νοσηλευτικούς παράγοντες μεταξύ των οποίων η ικανοποίηση των νοσηλευτών από το περιβάλλον εργασίας τους. Η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης αυξάνεται όταν αυτές παρέχονται σε υγιές εργασιακό περιβάλλον με ικανοποιημένους νοσηλευτές (AL-Hadrawi, 2017; Koinis A. et al.,2015; Aiken, Sermeus et al.,2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

3.1 Εισαγωγή

Όλοι οι οργανισμοί, είτε πρόκειται για ιδιωτικές επιχειρήσεις, είτε για δημόσιους οργανισμούς, στοχεύουν στη βελτίωση της παραγωγικότητας και στην προκειμένη περίπτωση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί παράγοντα βελτίωσης της παραγωγικότητας των εργαζομένων. Η ικανοποίηση από την εργασία του νοσηλευτικού προσωπικού καθορίζεται από τη σύγκριση των προσδοκιών από την εργασία και την πραγματική εμπειρία της εργασίας(Λαμπράκη και συν.,2016; Πέλεχας και Αντωνιάδης, 2013). Ο εντοπισμός και οι αιτίες των δυσλειτουργιών, η βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος αποτελεί αντικείμενο μελέτης της διεθνούς βιβλιογραφίας, δίνοντας έμφαση στην αναζήτηση νέων τρόπων υποκίνησης των εργαζομένων- αφήνοντας πίσω τον φόβο της ανεργίας και την αυξημένη ζήτηση εργασίας.

Η προσπάθεια της συγκεκριμένης μελέτης περιλαμβάνει τη διερεύνηση και τον προσδιορισμό προβλημάτων, συγκρούσεων, δυσάρεστων συνθηκών, ματαιώσεων, απογοητεύσεων στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών με σκοπό να προταθούν μέτρα για να βελτιωθούν οι συνθήκες εργασίας και κατ'επέκταση η εργασιακή απόδοση. Ο τρόπος που οι εργαζόμενοι λαμβάνουν ικανοποίηση από την εργασία φαίνεται από το τι αισθάνονται για το έργο τους, τις προσωπικές τους σχέσεις στην εργασία και από τον τρόπο επιρροής των ηγεσιών στην ικανοποίηση των εργαζομένων (Κουράκος και συν., 2012).

Το νοσηλευτικό προσωπικό για τα νοσοκομεία αποτελεί μια από τις κυριότερες επενδύσεις σε ανθρώπινο δυναμικό αφού η συμβολή του είναι καθοριστική στην κοινή επίτευξη των σκοπών και στόχων του οργανισμού και ιδιαίτερα της ατέρμονης προσφοράς υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας στους πολίτες. Έτσι, η διοίκηση του νοσοκομείου πρέπει να επιλέγει το προσωπικό βάση των ικανοτήτων και επιθυμιών του, να το εντάσσει στο κατάλληλο οργανωτικό περιβάλλον, να δίνει

ευκαιρίες για αναγνώριση και προώθηση. Το προσωπικό που είναι ικανοποιημένο στην εργασία του τείνει να είναι πιο παραγωγικό και αφοσιωμένο στα ηγετικά στελέχη και τον φορέα εργασίας και έχει αποδειχθεί άμεση συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης του προσωπικού και της ικανοποίησης των ασθενών στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Ενώ, η δυσαρέσκεια από την εργασία οδηγεί τους νοσηλευτές να βλέπουν αρνητικά το έργο τους πράγμα που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν (Koinis et al., 2013).

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μείωση του απόλυτου αριθμού των εργαζόμενων νοσηλευτών στη χώρα μας, εξαιτίας του μεγάλου αριθμού πρόωρης αποχώρησης και του μικρού αριθμού προσλήψεων επιβαρύνοντας επί πλέον την ήδη χαμηλή αναλογία νοσηλευτών/κλίνη(0,67) σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες(ΟΟΣΑ, 2010). Άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες είναι οι χαμηλές αποδοχές, το καθεστώς πρόσληψης, οι αντίξοες συνθήκες εργασίας, η έλλειψη κοινωνικής καταξίωσης(Λαμπράκη και συν., 2016). Η οικονομική κρίση στη χώρα μας (2009-2018) και η ζήτηση νοσηλευτικού προσωπικού από χώρες του εξωτερικού υποκίνησαν τη μετακίνηση των νοσηλευτών έξω από τα σύνορα της χώρας.

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αξιολογηθεί ο βαθμός επαγγελματικής ικανοποίησης των Νοσηλευτών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Παναγία η Βοήθεια», η πιθανή συσχέτισή του με τις παραμέτρους της επαγγελματικής εξουθένωσης, κατά πόσο και με ποιον τρόπο οι συνθήκες εργασίας, προσωπικοί, δημογραφικοί, κοινωνικοί και άλλοι παράγοντες την επηρεάζουν, ώστε να αποτελέσει πηγή μελέτης, προσδιορισμού των προβλημάτων και λήψης των απαραίτητων μέτρων σε διοικητικό επίπεδο.

Σύμφωνα με σχετικές έρευνες η ψυχολογική και σωματική επιβάρυνση των νοσηλευτών συνδέονται με παραμέτρους της επαγγελματικής ικανοποίησης, όπως η μη ικανοποιητική σχέση με τη διοίκηση, η μη προσδοκώμενη αναγνώριση και προοπτική, οι απαιτητικές συνθήκες εργασίας, η έλλειψη πόρων, η κακή επικοινωνία, η έλλειψη συνεργασίας, τα αλλότρια καθήκοντα, το κυκλικό ωράριο, η αμοιβή, το επίπεδο εκπαίδευσης, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση κ.α. (Λαμπράκη και συν., 2016; McGowan, 2001).

3.2 ΘΕΩΡΙΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Ο όρος επαγγελματική ικανοποίηση έχει αποτελέσει επανειλημμένα αντικείμενο μελέτης της ψυχολογίας του οργανωτικού τομέα της βιομηχανίας και των οργανισμών. Περιγράφεται ως μια σύνθετη έννοια που περιλαμβάνει το υποκειμενικό βίωμα του εργαζόμενου για την εργασία του, τις επιθυμίες του και το σύστημα αξιών του, το αντικείμενο και τις συνθήκες εργασίας του. Έχουν διατυπωθεί διάφοροι ορισμοί που περιγράφουν τον όρο.

Ο Taylor(1911) υποστήριζε την ισότιμη κατανομή εργασίας, ότι τα οικονομικά κίνητρα βελτιώνουν την παραγωγή και ότι υψηλότερα επίπεδα εργασιακής απόδοσης επιτυγχάνονται όταν το προσωπικό και η διοίκηση είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι να εφαρμόζουν σύγχρονες επιστημονικές μεθόδους και τεχνικές. Η θεωρία του βρήκε εφαρμογή στη βιομηχανική περίοδο ανάπτυξης της τότε εποχής με την εντατικοποίηση της εργασίας, χωρίς να δοθεί αντίστοιχη αύξηση αμοιβής και χωρίς τη συμμετοχή του εργαζόμενου στο σχεδιασμό και στη λήψη αποφάσεων (Κάντας,1998).

Επαγγελματική ικανοποίηση χαρακτηρίζεται η θετική στάση του ατόμου απέναντι στο έργο που επιτελεί, καθώς αυτό ανταποκρίνεται στις επαγγελματικές του αξίες(Μπάτιου, 2009; Locke, 1976).

Η επαγγελματική ικανοποίηση κατά τον Spector, ορίζεται από το πως αισθάνεται ο εργαζόμενος για το ρόλο του στην εργασία, το βαθμό ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας που λαμβάνει από όλη τη διαδικασία της εργασιακής απασχόλησης, η οποία προσδιορίζεται από τη στάση της επιχείρησης απέναντι στον εργαζόμενο, την επίδραση που επιφέρει η συμπεριφορά του εργαζόμενου στη λειτουργία του εργασιακού του τομέα, η οποία εξαρτάται από το βαθμό ικανοποίησής του στην συγκεκριμένη εργασία και από τη διοικητική κουλτούρα και τον τρόπο λειτουργίας του οργανισμού(Spector, 1997).

Σύμφωνα με τον Warr η επαγγελματική ικανοποίηση είναι πολυσύνθετη και σχετίζεται με το περιεχόμενο της εργασίας, τις διαδικασίες διεκπεραίωσής της(εσωγενής ικανοποίηση) και τις συνθήκες κατά τις οποίες εκτελείται η συγκεκριμένη εργασία(εξωγενής ικανοποίηση).

Η ανταμοιβή του εργαζόμενου είναι η πιο σημαντική συνιστώσα της επαγγελματικής ικανοποίησης. Κάθε εργαζόμενος έχει προσωπική αξίωση του συστήματος αμοιβής του από την εργασία του και δε συμπίπτει πάντα με αυτό της επιχείρησης που τον απασχολεί(Γούλα, 2007; Lawer and Porter, 1967).

Τα υψηλά επιτεύγματα που θέτει στόχους ο κάθε οργανισμός για τους εργαζόμενους προσδίδουν ικανοποίηση όταν επιτυγχάνονται. Ο εργαζόμενος απολαμβάνει την εργασία του, όταν δοθούν κίνητρα ανταμοιβής για τις προσπάθειές του να οδηγήσει στην επιτυχή έκβαση των στόχων (Aziri, 2011).

3.3 ΘΕΩΡΙΕΣ ΥΠΟΚΙΝΗΣΗΣ

Η επαγγελματική ικανοποίηση έχει συνδεθεί με τα κίνητρα για την εργασία, τις στάσεις και τις αξίες της και έχει αντίκτυπο στον ίδιο τον εργαζόμενο, στο περιβάλλον του και στην παραγωγική διαδικασία. Η υποκίνηση είναι μια διαδικασία απαραίτητη για τη δραστηριοποίηση των εργαζομένων προς την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων που θέτει η διοίκηση του κάθε οργανισμού (Δικαίος και συν., 1999).

Η θεωρία της ιεράρχησης των ανθρωπίνων αναγκών του Maslow, η θεωρία του Alderfer(ERG), η θεωρία των δυο παραγόντων του Herzberg, η θεωρία των κινήτρων επίτευξης του McClelland, η θεωρία Χ και Υ του McGregor, η θεωρία της στοχοθέτησης συμπεριλαμβάνονται στις θεωρίες περιεχομένου, όπου η συμπεριφορά του ατόμου είναι στοχοκατευθυνόμενη θέτοντας κίνητρα προσωπικής και οργανωσιακής ανάπτυξης.

Η θεωρία προσδοκιών του Vroom, η θεωρία της Ισότητας, το μοντέλο των χαρακτηριστικών της εργασίας των Hackman and Oldham, η θεωρία της ενίσχυσης συμπεριλαμβάνονται στις θεωρίες διεργασίας, όπου διερευνούνται οι λόγοι και οι συνθήκες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά και την απόδοση του ατόμου, όπως και την ικανοποίηση από την εργασία του.

3.3.1 Η θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών του Maslow

Ο Maslow(1943) ιεραρχεί τις ανθρώπινες ανάγκες σε πέντε κατηγορίες, τις οποίες θέτει σε σχήμα πυραμίδας θεωρώντας ότι πρέπει να εκπληρωθούν με τη σειρά ξεκινώντας από τη βάση της πυραμίδας. Στη βάση της πυραμίδας τοποθετεί τις φυσικές ανάγκες του ανθρώπου για τροφή, αέρα, ύπνο, στέγη, ένδυση, σεξ. Αφού καλυφθούν αυτές οι πρωταρχικές ανάγκες, ο άνθρωπος ενδιαφέρεται για την ασφάλειά του, την προστασία από φυσικούς και ψυχολογικούς κινδύνους. Στην τρίτη σειρά τίθενται οι κοινωνικές ανάγκες του ανθρώπου για αγάπη, φιλία, κοινωνική

αποδοχή, ομαδικότητα. Στην τέταρτη σειρά είναι η ανάγκη αυτοεκτίμησης και αποδοχής από το κοινωνικό σύνολο. Έννοιες πολύ σημαντικές σε αυτή τη σειρά είναι η ελευθερία, η ανεξαρτησία, τα κατορθώματα, η κυριαρχία κλπ. Στην πέμπτη σειρά και κορυφή της πυραμίδας τοποθετεί την ανάγκη για αυτοπραγμάτωση του ατόμου, η οποία αποτελεί κίνητρο για να επιτευχούν διάφοροι στόχοι έως την πλήρη ικανοποίησή της(Κάντας, 1995).

3.3.2 Η θεωρία του Alderfer (Existence, Relatedness, Growth, ERG)

Ο Alderfer (1969, 1972) τοποθετεί τις ανάγκες του ανθρώπου σε τρεις ομάδες. Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει τις βιολογικές ανάγκες και τις ανάγκες ασφάλειας, η δεύτερη τις κοινωνικές ανάγκες και η τρίτη τις ανάγκες ανάπτυξης. Δεν είναι απαραίτητο, όπως στην πυραμίδα του Maslow οι ανάγκες να εκπληρώνονται με τη σειρά και μπορεί το άτομο να κινητοποιείται από πολλές ανάγκες ταυτόχρονα από διαφορετικές ομάδες. Η θεωρία αυτή ονομάζεται και ERG από τα αρχικά των λέξεων που αντιστοιχούν τις ομάδες αναγκών στην αγγλική(Existence, Relatedness, Growth) (Μπουραντάς, 2001; Κάντας, 1998).

3.3.3 Η θεωρία των δυο παραγόντων του Herzberg

Σύμφωνα με τον Herzberg(1966) δυο κατηγορίες παραγόντων μπορούν να αποτελέσουν τα κίνητρα για επιτεύγματα στην εργασία, οι «παράγοντες υγιεινής» και οι «παράγοντες υποκίνησης». Οι πρώτοι είναι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως οι διαπροσωπικές σχέσεις στην εργασία, η ανάγκη για ασφάλεια, οι αμοιβές, οι συνθήκες εργασίας, οι πολιτικές της επιχείρησης και ονομάστηκαν αντικίνητρα και τα οποία λειτουργούν ως αυτοσυντήρηση για το άτομο, πρέπει να ικανοποιούνται για να μην επέλθει δυσαρέσκεια, αλλά δεν αποτελούν κίνητρο για επιτυχία και επαγγελματική ικανοποίηση. Στους δεύτερους παράγοντες που ονομάζονται και κίνητρα ανήκουν η επίτευξη του στόχου, η αναγνώριση του έργου του εργαζόμενου, η εξέλιξη στην εργασία, η δυνατότητα προσωπικής ανάπτυξης, η υπευθυνότητα και το αντικείμενο της εργασίας, οι οποίοι σύμφωνα με τον Herzberg(1968) μπορούν να υποκινούν τη συμπεριφορά του εργαζόμενου στην εργασία του(Κάντας, 1998).

3.3.4 Η θεωρία των κινήτρων επίτευξης του McClelland

Η θεωρία του McClelland (1953) υποστηρίζει ότι τα άτομα έχουν ανάγκη για προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη. Η ανάγκη για αυτοεκτίμηση και αυτοπραγμάτωση μπορεί να καλλιεργηθεί σε κάθε άτομο διαφορετικά, αφού ο καθένας αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στα κίνητρα. Έτσι η διοίκηση του οργανισμού πρέπει να κινητοποιεί τον κάθε εργαζόμενο ξεχωριστά αναγνωρίζοντας τις ανάγκες του, την κλίση του και στο πως θα αντιδράσει στα κίνητρα, στοχεύοντας πάντα στη βέλτιστη απόδοσή του. Τα άτομα που έχουν έντονη την ανάγκη να ασκούν επιρροή στους άλλους, την ανάγκη για εξουσία επικρατούν ως στελέχη, υποκινούνται από την ανάληψη διευθυντικών ρόλων και επιτυγχάνουν πιο εύκολα στόχους. Τα άτομα που υποκινούνται από την ανάγκη για συναδελφικότητα χάνουν την αντικειμενικότητά τους και εκπίπτει η εργασιακή απόδοσή τους (McClelland, 1987).

3.3.5 Η θεωρία της στοχοθέτησης του Locke

Σύμφωνα με τη θεωρία του Locke (1668) κάθε ενέργεια πρέπει να έχει συγκεκριμένο σκοπό και στοχοθεσία. Οι στόχοι πρέπει να οριοθετούνται, να είναι συγκεκριμένοι, ρεαλιστικοί, αποδεκτοί, να εμπνέουν στον εργαζόμενο την επιθυμία για επιτυχία, να επιλέγονται οι σωστές πρακτικές επίτευξης αυτών. Να γίνεται ανατροφοδότηση, ώστε να γνωρίζουν τα άτομα αν πέτυχαν, τι πέτυχαν, τι δεν πέτυχαν και να επαναπροσδιορίζουν τους στόχους τους. Έτσι οι εργαζόμενοι συμμετέχοντας στη διαδικασία στοχοθεσίας αποδίδουν καλύτερα και περισσότερο. Αυτή η θεωρία μπορεί να οδηγήσει σε ανταγωνισμό τους εργαζόμενους (Κάντας, 1998).

3.3.6 Η θεωρία X και Y του McGregor

Ο McGregor (1960) διατύπωσε δυο θεωρίες υποκίνησης την X και την Y. Σύμφωνα με τη X τα άτομα δίνουν ιδιαίτερη αξία στην ασφάλεια και υποκινούνται με την αμοιβή ή με την πιθανή τιμωρία. Είναι μια αυταρχική συμπεριφορά της διοίκησης, η οποία επικράτησε στις αρχές του 20^{ου} αιώνα (Kopelman et al., 2008; Hersey et al., 2008). Η θεωρία Y πρεσβεύει ότι η διοίκηση πρέπει να στηρίζεται στην εμπιστοσύνη και όχι στον εξαναγκασμό. Να υποκινεί κατάλληλα τον εργαζόμενο σε κοινούς με τον οργανισμό στόχους, να εμπνέει στο έπακρο τη δημιουργικότητα, τη συμμετοχή και την αφοσίωσή του (Γκλάρα, 2018; Kopelman et al., 2008).

3.3.7 Η θεωρία των προσδοκιών του Vroom

Ο εργαζόμενος σύμφωνα με τον Vroom(1964) υποκινείται από την προτίμηση για κάποιο αποτέλεσμα και από την προσδοκία ότι θα οδηγηθεί στο αποτέλεσμα αυτό με συγκεκριμένες πράξεις. Επίσης μπορεί να αντιληφθεί αν μπορεί να αποδώσει σε αυτό που του ζητείται και αν η ανταμοιβή που του παρέχεται είναι γι αυτόν η κατάλληλη(Κάντας, 1998).

3.3.8 Η θεωρία της Ισότητας του Adams

Η θεωρία αυτή στηρίζεται στο αποτέλεσμα που δίνει η σύγκριση της προσφοράς του ατόμου(εισερχόμενα) προς την ατομική συνολική αμοιβή που λαμβάνει(εξερχόμενα) με την προσφορά άλλου εργαζόμενου με παρεμφερή καθήκοντα προς τη συνολική αμοιβή του. Αν στο αποτέλεσμα υπάρχει διαφορά, τότε το άτομο νιώθει ότι προσφέρει περισσότερα από ό,τι αμοιβεται και ότι αδικείται. Για να αποκαταστήσει την αδικία ή θα μειώσει την προσφορά του ή θα απαιτήσει ανταμοιβή. Αν ο εργαζόμενος πιστεύει ότι ανταμοιβεται ισάξια της προσφοράς του, τότε βιώνει ικανοποίηση, αν πιστεύει ότι υστερεί η προσφορά του έναντι της ανταμοιβής του, τότε αυξάνει την προσφορά του. Αυτός ο λόγος μπορεί να επεκταθεί για να συγκριθεί η ισοτιμία στον οργανισμό(Κάντας, 1998).

3.3.10 Το μοντέλο των χαρακτηριστικών της εργασίας του Hackman and Oldham(1976)

Στηρίζεται στη θεωρία των δυο παραγόντων του Herzberg και υποστηρίζει ότι το άτομο υποκινείται αποτελεσματικά και αναλαμβάνει προσωπικά να φέρει σε πέρας την εργασία του, όταν γνωρίζει το περιεχόμενο και το νόημά της και ενημερώνεται σωστά για την πορεία και τα αποτελέσματά της. Η ταυτότητα του έργου, η ποικιλία δεξιοτήτων, το νόημα του έργου, η αυτονομία και η επανατροφοδότηση είναι χαρακτηριστικά που κάθε εργασία χρειάζεται για να επαναπροσδιορίζονται τα

κίνητρα και να επαναδιαμορφώνονται οι συμπεριφορές, ώστε να παρακινείται ο εργαζόμενος σε αύξηση της παραγωγικότητας, η οποία επιφέρει υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης(Μπουραντάς, 2001).

3.3.11 Η θεωρία της ενίσχυσης

Ο Skinner (1990) υποστηρίζει ότι όταν μια συμπεριφορά ενισχύεται υπάρχει πιθανότητα να επαναληφθεί. Αρχικά ενισχύεται τυχαία, ανεξάρτητα από το αν είναι επιθυμητή ή όχι. Το άτομο έχει δυο ειδών συμπεριφορές, την αποκρισιακή και τη λειτουργική. Η αποκρισιακή είναι η άμεση απάντηση σε ένα ορατό ερέθισμα, ενώ στη λειτουργική δεν είναι ορατό το ερέθισμα. Όταν η λειτουργική συμπεριφορά μεταβάλλεται ως συμμόρφωση σε κάποιο αποτέλεσμα, καλείται ενισχυτική. Όταν η συμπεριφορά υπάρχει πιθανότητα να επαναληφθεί καλείται θετική ενισχυτική, όταν εξασθενεί η επανάληψή της καλείται αρνητική ενισχυτική. Η διοίκηση ενός οργανισμού μπορεί να αλλάξει τις συμπεριφορές των εργαζομένων με θετική ενίσχυση (Hersey et al., 2008).

3.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Από την αρχή των μελετών για τους παράγοντες που επιδρούν στην επαγγελματική ικανοποίηση μέχρι τις μέρες μας οι μελετητές επικεντρώνονται σε δυο συντελεστές, τους ατομικούς και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες.

3.4.1 Ατομικοί παράγοντες

- Τα καθήκοντα που καλείται να διεκπεραιώσει μέσα από την εργασία του ένας άντρας ή μια γυναίκα εκπληρώνοντας τον κοινωνικό τους ρόλο, αλλά και τις προσωπικές τους αξίες ως φύλο.
- Το επίπεδο εκπαίδευσης στα σύγχρονα περιβάλλοντα εργασίας αναγνωρίζεται με οικονομική και διοικητική αναβάθμιση. Έτσι το άτομο που διαθέτει υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο αναμένει υψηλότερες αμοιβές από άλλους κατώτερους του.
- Η ηλικία, η σωματική και ψυχική κατάσταση της υγείας του εργαζομένου.
- Ο χρόνος που εργάζεται στο ίδιο αντικείμενο ένα άτομο του προσδίδει εμπειρία, καλή γνώση του αντικειμένου αν και, μπορεί να επιφέρει μείωση του ενδιαφέροντος (Spector, 1997).

3.4.2 Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Οι παράγοντες που συντελούν στην ικανοποίηση ή στη δυσαρέσκεια από την εργασία πηγάζουν είτε από το αντικείμενο της εργασίας, είτε από τις συνθήκες κάτω από τις οποίες εκτελείται η εργασία, αμοιβές, ακριβές ωράριο και ασφάλεια. Σύμφωνα με τον Locke η εργασία πρέπει να έχει τα παρακάτω χαρακτηριστικά (Κάντας, 1998):

- Να κεντρίζει το ενδιαφέρον του εργαζομένου
- Η αμοιβή να αντιστοιχεί στην αξία της και να είναι προκαθορισμένη
- Να παρέχεται ένα υγιές και ξεκούραστο πλαίσιο μέσα στο οποίο θα εκτελείται η εργασία

- Να υπάρχει επιβράβευση του εργαζόμενου εκτός της χρηματικής αμοιβής
- Να δίδεται συστηματική υποστήριξη στον εργαζόμενο για την εκτέλεση του έργου του
- Να καλλιεργείται το αίσθημα της δικαιοσύνης και της ασφάλειας για την εργασία
- Να εξηγούνται με ακρίβεια τα καθήκοντα του εργαζόμενου, έτσι μειώνεται το εργασιακό στρες
- Να δίδεται αυτονομία στον εργαζόμενο σε θέματα γύρω από το αντικείμενο εργασίας του, τα οποία γνωρίζει καλά
- Να δίδονται ευκαιρίες για προσωπική ανάπτυξη και εξέλιξη μέσα στην εργασία
- Να υπάρχουν καλές διαπροσωπικές σχέσεις και να υπολογίζεται η γνώμη του στις λήψεις αποφάσεων

3.5 ΑΙΤΙΑ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

- Η ασάφεια του ρόλου, έλλειψη σαφών και ξεκάθαρων πληροφοριών σχετικά με τα ιδιαίτερα καθήκοντά του και τις προσδοκίες από τον ρόλο του εργαζόμενου.
- Η αμφιβολία κατά την άσκηση του ρόλου είναι μια κατάσταση στην οποία το άτομο έχει ανεπαρκείς πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο άσκησης των καθηκόντων του. Η αβεβαιότητα και η ασάφεια των ρόλων που βιώνει ο εργαζόμενος προκαλεί αρνητικές συνέπειες καθώς δημιουργεί ένταση και οδηγεί σε συναισθήματα απαισιοδοξίας.
- Οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις δημιουργούνται από συγκρούσεις και ελλιπή επικοινωνία μεταξύ των ατόμων και γίνονται αιτία για εμφάνιση ψυχολογικής έντασης που οδηγεί σε συναισθήματα φόβου. Οι κακές σχέσεις με άλλους οδηγούν σε έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία.
- Η σύγκρουση ρόλων που συμβαίνει όταν διαφορετικά άτομα ή ομάδες ατόμων έχουν συγκρουόμενες προσδοκίες.
- Το οργανωσιακό κλίμα, ως η αλληλεπίδραση του εργαζόμενου με το περιβάλλον εργασίας. Είναι ένας παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει τόσο θετικά όσο και αρνητικά το βαθμό ικανοποίησης των εργαζομένων. Έλλειψη διοικητικής υποστήριξης και το συναίσθημα αδιαφορίας είχαν αρνητική σχέση με την επαγγελματική ικανοποίηση (Κωνσταντινίδης, 2017).

3.5 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

Η επαγγελματική ικανοποίηση των Νοσηλευτών έχει αποτελέσει συχνά αντικείμενο ερευνών σε παγκόσμιο επίπεδο. Παράμετροι αυτής της πολυσύνθετης έννοιας, όπως είναι η ικανοποίηση από την ποιότητα του παρεχομένων υπηρεσιών υγείας ή το ενδιαφέρον για την εργασία σε συσχέτιση με την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας αποτελούν δείκτες εκτίμησης της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και του βαθμού ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Επίσης, χαμηλά επίπεδα ή έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία σχετίζονται με τις παραμέτρους της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι διοικήσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ενδιαφέρονται για την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκεια του νοσηλευτικού προσωπικού προκειμένου να ληφθούν μέτρα βελτίωσης, ορθής υποκίνησης ή οι απαραίτητες οργανωτικές αλλαγές(Μπακόλα και συν.,2015).

Η ασφάλεια στην εργασία σχετίζεται άμεσα με την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών και έμμεσα με την ικανοποίηση των ασθενών έδειξε σχετική έρευνα που έγινε σε νοσοκομεία της Δαμασκού σε 325 νοσηλευτές και 393 ασθενείς(Mahmoud and Reizel, 2014). Σε άλλη μελέτη που διεξήχθη σε δυο μεγάλα νοσοκομεία της Ουγγαρίας σε δείγμα 201 επαγγελματίες υγείας έδειξε ότι στο 55,7 % των νοσηλευτών η έλλειψη της επαγγελματικής ικανοποίησης συνδέεται με την εξουθένωση και τη συναισθηματική εξάντληση, ενώ η παρουσία της είναι αρνητικός παράγοντας για την εμφάνιση των παραμέτρων της επαγγελματικής εξουθένωσης (Piko, 2006).

Η επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται με την πεποίθηση των νοσηλευτών ότι έχουν προσφέρει υψηλής ποιότητας φροντίδα στους ασθενείς, με τη συναδελφικότητα, με την εξέλιξη στην εργασία και με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση στην εργασία έδειξε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευτές στο Λονδίνο(2002). Ενώ αντίθετα, η κακή συνεργασία, ο αρνητικός σχολιασμός, η συμπεριφορά των ασθενών, η έλλειψη προσωπικού σχετίζονται με την έλλειψη ικανοποίησης(Newman et al., 2002).

Η ασταθής- κρίσιμη κατάσταση της υγείας των ασθενών και οι εναλλαγές στα νοσηλευτικά καθήκοντα σχετίζονται θετικά με το φόρτο εργασίας και την ποιότητα φροντίδας. Η επιβαρυνμένη αναλογία ασθενών:νοσηλευτών φορτίζουν τη

δυσαρέσκεια των νοσηλευτών, επιβαρύνουν το νοσηλευτικό έργο και την παρεχόμενη ποιότητα υπηρεσιών υγείας (Cortese C.G.,2012). Στις συνθήκες εργασίας και στη μη αναγνώριση του έργου τους οφείλεται η δυσαρέσκεια από την εργασία των νοσηλευτών που ερωτήθηκαν σε σχετική μελέτη, οι οποίοι σε ποσοστό 51,1% στο σύνολο των ερωτηθέντων νοσηλευτών δεν είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους (Ποζουκίδου και συν., 2007).

Ο φόρτος εργασίας, οι συγκρούσεις, η έλλειψη αυτονομίας βρέθηκαν να έχουν αρνητική συσχέτιση με την επαγγελματική ικανοποίηση, ενώ βρέθηκαν να έχουν θετική συσχέτιση η ανατροφοδότηση και η πρόσβαση σε πληροφορίες σε δείγμα 271 νοσηλευτών που εργάζονται σε ελληνικά νοσοκομεία σε μελέτη με θέμα την επίδραση παραγόντων του εργασιακού άγχους στην επαγγελματική ικανοποίηση (Trivellas et al., 2013).

Σε συγκριτική μελέτη δυο ελληνικών νοσοκομείων σε δείγμα νοσηλευτών και γιατρών βρέθηκαν αρκετά χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης και στα δυο νοσοκομεία. Οι χαμηλές αμοιβές είναι ο βασικός αρνητικός παράγοντας για την ικανοποίηση από την εργασία, ενώ η σχέση με τους συναδέλφους αναδεικνύεται ο κυριότερος θετικός παράγοντας(Πέλεχας και Αντωνιάδης, 2013).

Σε μελέτη που έγινε σε νοσηλευτές σε ελληνικό δημόσιο γενικό νοσοκομείο σχετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση και τις προσδοκίες από την εργασία, βρέθηκε ότι η επαγγελματική ικανοποίηση επηρεάζεται σημαντικά από τα καθήκοντα στην εργασία και τη σχέση νοσηλευτών- ασθενών. Οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας, η έλλειψη εξέλιξης και οι χαμηλές αμοιβές σχετίζονται με τη δυσαρέσκεια από την εργασία των νοσηλευτών (Λαμπράκη και συν., 2016). Παρόμοια αποτελέσματα είχαν βρεθεί σε σχετική μελέτη σε 215 νοσηλευτές σε δημόσιο νοσοκομείο, όπου ήταν δυσαρεστημένοι από την εργασία τους σε σχέση με τις οικονομικές αμοιβές και τις συνθήκες εργασίας. Η ηλικία και η επαγγελματική εμπειρία επιδρούν θετικά στην επαγγελματική ικανοποίηση (Καραθάνου, 2007).

3.6 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της διαμόρφωσης της εργασιακής συμπεριφοράς καθώς επηρεάζει την αποδοτικότητα, την παραγωγικότητα, τις απουσίες και την κινητικότητα (Κάντας, 1998). Η υψηλή ικανοποίηση συνδέεται με μειωμένη συχνότητα απουσιών από την εργασία και χαμηλούς δείκτες κινητικότητας. Η αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση μειώνει τη συχνότητα εργατικών ατυχημάτων και την καθυστέρηση στην προσέλευση, προάγει την συνεργασία και την ποιότητα στην παροχή των υπηρεσιών. Αυξάνει το ενδιαφέρον των εργαζομένων για τον οργανισμό με ισχυρή δέσμευση και ταύτιση με τους στόχους του. Τέλος, βελτιώνει την ποιότητα της εργασιακής ζωής και συνδέεται αρνητικά με αυξημένο στρες και επαγγελματική εξουθένωση (Τσάρας και συν., 2018). Η κατάσταση που επικρατεί σήμερα στον εργασιακό χώρο είναι απρόβλεπτη και έχει πολλές θετικές και αρνητικές συνέπειες. Τα κοινωνικά δεδομένα, οι μετακινήσεις πληθυσμών, οι ευέλικτες μορφές εργασίας, οι νέες τεχνολογίες και η μοναχική εργασία αλλάζουν τη μορφή πολλών επαγγελμάτων. Οι σύγχρονες αυτές τάσεις είναι πιθανό να μειώσουν τα επίπεδα της επαγγελματικής ικανοποίησης. Ως αποτέλεσμα έρχεται η εμφάνιση των λεγόμενων «επαγγελματικών ασθενειών», του εργασιακού άγχους, της χρόνιας κόπωσης και της επαγγελματικής εξουθένωσης (Γραμματικόπουλος και συν., 2018).

3.7 ΜΕΤΡΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Ο βαθμός στον οποίο ο εργαζόμενος ικανοποιείται επαγγελματικά υπολογίζεται στην περίπτωση των ερωτηματολογίων ή των συνεντεύξεων από τις απαντήσεις του σε ένα ή περισσότερα ερωτήματα σχετικά με τα συναισθήματα που τρέφει για την εργασία του. Οι ερωτήσεις ενσωματώνονται σε κλίμακες μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης, όπως είναι η Job in General Scale JIG (Ironson et al., 1989 στο Spector, 1997), οι κλίμακες που μετρούν επιμέρους διαστάσεις επαγγελματικής ικανοποίησης, όπως είναι οι Job Satisfaction Survey JSS (Spector, 1985 στο Spector, 1997), Job Diagnostic Survey (Smith et al., 1969 στο Spector, 1997), Job Descriptive Index JDI (Hackman & Oldham, 1976 στο Spector, 1997), Pay Satisfaction Questionnaire PSQ (Judge & Welbourne, 1994 στο Noe, Hollenbeck, Gerhart & Wright, 2000). Κάθε προσέγγιση έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα συγκριτικά με την άλλη (Κωνσταντινίδης, 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Εισαγωγή

Το προσωπικό διοικείται με στόχο τη μέγιστη και βέλτιστη παραγωγικότητα και την εκπλήρωση του οράματος και του σκοπού του οργανισμού παροχής υγείας. Η αποδοτικότητα των ανθρώπινων πόρων μιας νοσοκομειακής μονάδας εξαρτάται από πολλές συνιστώσες, όπως τη θέση στην ιεραρχία, τα προσωπικά κίνητρα, την ικανοποίηση του εργαζόμενου από τις συνθήκες του περιβάλλοντος, την απόδοσή του, την κατάρτιση, τη δια βίου εκπαίδευση, το βαθμό δυσκολίας και τις απαιτήσεις των ασθενών.

Η διοίκηση για να έχει τα καλύτερα αποτελέσματα πρέπει να αναζητήσει τις ανάγκες του προσωπικού, να τις συνδυάσει με συγκεκριμένους στόχους βάσει των οποίων θα κρίνει την καταλληλότητα του υπαλλήλου. Η επικοινωνία εντός του οργανισμού είναι πολύ σημαντική, ιδιαίτερα σε στιγμές κρίσεις και πρέπει να γίνεται με ειλικρίνεια και διαφάνεια ώστε να υπάρχει κλίμα εμπιστοσύνης. Σε περιπτώσεις αλλαγών η επικοινωνία αποτελεί τη βάση της στρατηγικής διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, ένα δυναμικό παράγοντα που θα κρατήσει τη συνοχή των εργαζομένων σε κοινό στόχο και θα βοηθήσει στην προσαρμογή.

Στη βιβλιογραφία φαίνεται ότι η συνεχής διερεύνηση της ικανοποίησης ή της δυσαρέσκειας του προσωπικού και των ασθενών βοηθά τη διοίκηση να έχει επίγνωση της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας και της επάρκειας του οργανισμού.

4.2 ΗΓΕΣΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Οι έρευνες ικανοποίησης των ασθενών αποτελούν πηγές πληροφοριών για τα προβλήματα παροχής υπηρεσιών υγείας και συμβάλουν στην ανάπτυξη αποτελεσματικών σχεδίων δράσης βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας έχοντας στο επίκεντρό τους τον ασθενή. Σε διάφορες χώρες, όπως στη Γαλλία, τη Γερμανία κλπ. η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών χρησιμοποιείται ως δείκτης εκτίμησης και βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών και των στρατηγικών στόχων για τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Η αξιολόγηση της περίθαλψης από τους ασθενείς είναι ένα ρεαλιστικό εργαλείο για την παροχή ευκαιριών βελτίωσης, την ενίσχυση της στρατηγικής λήψης αποφάσεων, τη μείωση του κόστους, την ικανοποίηση των προσδοκιών των ασθενών, τη χάραξη στρατηγικών για αποτελεσματική διαχείριση, την παρακολούθηση των επιδόσεων υγειονομικής περίθαλψης των σχεδίων υγείας και την παροχή συγκριτικής αξιολόγησης σε όλα τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης. Η ικανοποίηση των ασθενών αντιπροσωπεύει βασικό δείκτη της επικοινωνίας και της συμπεριφοράς που σχετίζεται με την υγεία και τη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων (Rashid Al-Abri and Amina Al-Balushi, 2014).

Άλλες έρευνες αναδεικνύουν ως σημαντικό προγνωστικό παράγοντα της συνολικής ικανοποίησης του ασθενούς την κατάσταση της υγείας του, ενώ το αποτέλεσμα τεσσάρων μελετών που διεξήχθησαν σε τριτοβάθμια νοσοκομεία σε διαφορετικές χώρες αποκάλυψε ότι η ευγένεια, ο σεβασμός, η προσεκτική ακρόαση και η εύκολη πρόσβαση στη νοσηλευτική φροντίδα ήταν το ισχυρότερο κίνητρο της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών. Αυτές οι πτυχές της νοσηλευτικής φροντίδας κατατάσσονται σε υψηλό βαθμό από τους ασθενείς σε σύγκριση με άλλους ανεξάρτητους παράγοντες όπως η φροντίδα του γιατρού, η διαδικασία εισαγωγής, το φυσικό περιβάλλον και η καθαριότητα. Σε έρευνα των Otani et al. (2011) βρέθηκε ότι η ευγένεια και ο σεβασμός των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζουν περισσότερο την ικανοποίηση των ασθενών και κατόπιν η επικοινωνία και η εξήγηση. Ενώ άλλη έρευνα στην Ιρλανδία έδειξε ότι η αποτελεσματική επικοινωνία και η σαφής εξήγηση έπαιζε τον κυριότερο ρόλο στη βελτίωση της συνολικής ικανοποίησης του ασθενούς. Προτείνεται ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα παρέμβασης για τους παρόχους φροντίδας για να κατανοήσουν ότι οι ασθενείς έχουν ανάγκη την ευγένεια και το

σεβασμό, ώστε να βελτιωθεί η ικανοποίηση των ασθενών(Rashid Al-Abri and Amina Al-Balushi,2014; Otani K, Herrmann PA & Kurz RS, 2011).

Ο τρόπος που ασκείται η ηγεσία επηρεάζει την οικονομική διαχείριση, τη διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού και την ποιότητα των παρεχόμενων φροντίδων. Εξετάζονται τρόποι άσκησης της ηγεσίας και οι επιπτώσεις της στο προσωπικό, όπως την επίδραση στο άγχος, στην ευημερία, στις συνθήκες εργασίας, στις συγκρούσεις και κατ' επέκταση στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Ένας οργανισμός, όπως είναι το νοσοκομείο χαρακτηρίζεται για την πολυπλοκότητα των επαγγελματιών υγείας. Το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρείται ως βασικός άξονας της βιωσιμότητας του οργανισμού(Κελέση και Σταυροπούλου, 2010).

Η οργάνωση της ασφάλειας είναι ευεργετική για τους φροντιστές, ειδικά σε νοσηλευτικές μονάδες με υψηλά επίπεδα ανεπιθύμητων συμβάντων. Η βελτίωση των περιβαλλόντων εργασίας στο νοσοκομείο μπορεί να είναι μια σχετικά χαμηλού κόστους στρατηγική για τη βελτίωση της ασφάλειας και της ποιότητας στην νοσοκομειακή περίθαλψη και για την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών. Τα βελτιωμένα περιβάλλοντα εργασίας και η μειωμένη αναλογία ασθενών/ νοσηλευτές συνδέθηκαν με την αυξημένη ποιότητα φροντίδας και την ικανοποίηση των ασθενών(Aiken LH, Sermeus W et al., 2012).

Σε σχετική έρευνα βρέθηκε ότι η χαμηλή ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία σχετίζεται με την επιθυμία τους να την εγκαταλείψουν εξαιτίας των σχέσεων με γιατρούς και συναδέλφους, των οργανωτικών πολιτικών, των αμοιβών, της μερικής απασχόλησης, της εργασίας σε ιδιωτικό και των επιβαρυνμένων ασθενών. Η διοίκηση μέσα από διερεύνηση πρέπει να εντοπίζει τη δυσaréσκεια των νοσηλευτών και να ασχοληθεί με θέματα διεπαγγελματικής συνεργασίας, οργανωσιακής κουλτούρας, συνθηκών εργασίας και προσωπικής ανάπτυξης των εργαζομένων (Cortese, 2012).

Οι συνθήκες εργασίας στο πλαίσιο το οποίο διεξάγεται η εργασία χρειάζεται να εξασφαλίζει άνεση σύμφωνα με τους κανόνες καλής υγιεινής και διαβίωσης, όπως ο φωτισμός, ο εξαερισμός, η θερμοκρασία, ο θόρυβος, η καθαριότητα για να είναι συγκεντρωμένος ο εργαζόμενος και να αισθάνεται ασφαλής. Επίσης πρέπει να παρέχονται ευκολίες στην εκτέλεση του έργου με την εύκολη πρόσβαση στον κατάλληλο εξοπλισμό (Γκλάρα, 2018; MacMillan, 2012).

Οι αμοιβές για τον εργαζόμενο είναι σημαντικός παράγοντας για την επαγγελματική ικανοποίηση και περιλαμβάνει τον μισθό, τις έξτρα παροχές, την εξέλιξη, την λεκτική επιβράβευση, τα προσωπικά αισθήματα ικανότητας, επιτυχίας,

προβολής, αποδοχής στην ομάδα. Ο εργαζόμενος χρειάζεται να έχει την αίσθηση της δικαιοσύνης(Μπακόλα,Ζυγά και συν.,2015).

Το αγχωμένο προσωπικό παράγει κατώτερη φροντίδα. Στις μελέτες για το εργασιακό άγχος βρέθηκε ότι το προσωπικό βιώνει συμπτώματα άγχους, αϋπνίες, σφάλματα, λάθη από απροσεξία που οδηγούν στο θάνατο, ευερεθιστότητα προς τους ασθενείς και τους συναδέλφους εξαιτίας της εξάντλησης, της υπερβολικής εργασίας, της έλλειψης υποστήριξης ή της κατάθλιψης. Τα βιώματα αυτά επηρεάζουν την παρεχόμενη φροντίδα αλλά και όλη την επαγγελματική ομάδα. Αντίθετα, έρευνα για την ικανοποίηση των ασθενών αποδόθηκε στη φιλικότητα, την ευθυμία και την ευαισθησία του προσωπικού. Η εξακρίβωση των αιτιών του εργασιακού άγχους και η αντιμετώπισή τους φέρνει πιο κοντά στην απόδοση καλύτερης φροντίδας. Η λειτουργία σε ομάδα μειώνει το εργασιακό στρες των κλινικών, ενδυναμώνει την αλληλοβοήθεια και φέρνει καλύτερα αποτελέσματα στην απόδοση(Aiken LH, Sermeus W. et al., 2012; J Firth-Cozens & D Mowbray,2001).

Άλλες μελέτες δείχνουν ότι το εργασιακό άγχος οφείλεται στον τρόπο διοίκησης και ότι η σύσταση, η λειτουργία και η απόδοση της καλής ομάδας οφείλεται στην καλή ηγεσία. Οι ηγετικές δεξιότητες που μπορούν να έχουν πραγματικά οφέλη στη φροντίδα των ασθενών είναι η κοινωνικότητα, η αυτοπεποίθηση, η καλή διαχείριση του στρες, ενώ αντίθετα η αλαζονεία, ο αυταρχισμός και η άκαμπτη ανταγωνιστικότητα είναι επιζήμια. Η καλή ηγεσία κατά την αξιολόγηση πρέπει να υπερβαίνει την παρακολούθηση της απόδοσης και να εξετάζει τις επιπτώσεις στην ευημερία του προσωπικού, τους τρόπους με τους οποίους το προσωπικό χρησιμοποιείται και αναπτύσσεται για να ενισχύσει τις δυνάμεις τους όπως, και τον τρόπο να μπορούν να αναγνωρίσουν και να μάθουν από τα λάθη και τις ανεπάρκειες που θα είναι πάντα μέρος της υγειονομικής περίθαλψης(Koinis A, Giannou V. et al., 2015; J Firth-Cozens & D Mowbray,2001).

Τα άτομα που πάσχουν από άγχος συνήθως παρεξηγούνται ή στιγματίζονται, όπως συμβαίνει και με πολλά άλλα ζητήματα που αφορούν την ψυχική υγεία. Όταν οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι και το άγχος αντιμετωπίζονται ως οργανωτικό ζήτημα και όχι ως προσωπική αδυναμία, μπορούν να είναι εξίσου διαχειρίσιμοι με οποιονδήποτε άλλο κίνδυνο για την ασφάλεια και την υγεία στον χώρο εργασίας. Εκτός από την ενθάρρυνση και την ηθική ανταμοιβή το προσωπικό χρειάζεται ευκαιρίες για περαιτέρω ή συνεχή εκπαίδευση. Οι παρεμβάσεις προώθησης της ψυχικής υγείας, επικεντρώνονται κυρίως στο ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε επιβαρυμένα τμήματα. Οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να εκπαιδεύονται στη χρήση τεχνικών χαλάρωσης και διαχείρισης άγχους. Να αναπτυχθούν προγράμματα

ψυχολογικής υποστήριξης και συμβουλευτικής. Ενθάρρυνση και προώθηση συμμετοχής ειδικά των νέων γιατρών και νοσηλευτών στη δημιουργία πολιτικών υγείας και διαδικασιών λήψης αποφάσεων. Στα αυξημένα επίπεδα άγχους οφείλονται τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης των νοσηλευτών από την εργασία τους σχετικά με τις συνθήκες εργασιακού περιβάλλοντος, την έλλειψη πόρων, τον χρόνο, την έλλειψη εκτίμησης από τη διοίκηση(Koinis A, Giannou V. et al., 2015; McGowan 2001).

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Εθνική Ιατρική Ακαδημία το burnout αποτελεί πλέον πρόβλημα με διαστάσεις επιδημίας που απαιτεί συστημικές αλλαγές από τις οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης, τα εκπαιδευτικά ιδρύματα και όλα τα επίπεδα διακυβέρνησης και σκιαγράφησε έξι στόχους: από τη δημιουργία θετικών εργασιακών περιβαλλόντων στη βελτίωση της χρηστικότητας των τεχνολογιών πληροφορικής, οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να στοχεύουν στην πρόληψη και τον μετριασμό της εξάντλησης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας(Joanne Finnegan, 2019):

- **Δημιουργία θετικού περιβάλλοντος εργασίας.** Τα στελέχη της υγειονομικής περίθαλψης να δημιουργήσουν ένα εργασιακό περιβάλλον που να προωθεί την υψηλής ποιότητας φροντίδα, την ικανοποίηση από την εργασία και την κοινωνική υποστήριξη. Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης να δημιουργούν και να διατηρούν ένα εκτελεστικό ηγετικό ρόλο προσανατολισμένο στην ευεξία των κλινικών. Επίσης να εκτιμήσουν τον τρόπο με τον οποίο οι αποφάσεις των επιχειρήσεων και της διοίκησης, όπως η εφαρμογή νέων τεχνολογιών μπορεί να επηρεάσουν τις απαιτήσεις εργασίας των κλινικών και τα επίπεδα burnout, καθώς και την ποιότητα και την ασφάλεια των ασθενών. Οι οργανισμοί θα πρέπει να παρακολουθούν και να αξιολογούν συνεχώς τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης στην οργάνωσή τους χρησιμοποιώντας επικυρωμένα εργαλεία και να αναφέρουν τα ευρήματα τουλάχιστον ετησίως στο προσωπικό του οργανισμού, διοικητικό και κλινικό.
- **Αντιμετώπιση της εξάντλησης με την εκπαίδευση ήδη από το στάδιο της πρώιμης σταδιοδρομίας.** Η έκθεση συνιστά οι σχολές που εκπαιδεύουν τους επαγγελματίες υγείας (συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών, των νοσηλευτικών, των φαρμακευτικών σχολών και άλλων) να ανακουφίζουν τις σημαντικότερες πηγές πίεσης παρακολουθώντας το φόρτο εργασίας (συμπεριλαμβανομένης της προετοιμασίας για εξετάσεις αδειών και απαιτούμενων εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων), να παρέχουν πρόσβαση σε υποτροφίες και προσιτά δάνεια και τη δημιουργία νέων συστημάτων διευκόλυνσης των οικονομικών απαιτήσεων των σπουδών.

- **Μείωση των εργασιών που δεν βελτιώνουν τη φροντίδα των ασθενών.**
Τα κέντρα λήψης αποφάσεων, οι πολιτικές νομοθεσίες και άλλοι φορείς καθορισμού προτύπων θα πρέπει να εντοπίζουν και να αντιμετωπίζουν τις πηγές εξουθένωσης των κλινικών που σχετίζονται με τους νόμους, τους κανονισμούς και τις πολιτικές και να εξαλείφουν εκείνες που συμβάλλουν ελάχιστα ή καθόλου στη φροντίδα των ασθενών.
- **Βελτίωση της χρηστικότητας και της συνάφειας της πληροφορικής για την υγεία.** Η τεχνολογία της πληροφόρησης για την υγεία, συμπεριλαμβανομένων των ηλεκτρονικών αρχείων υγείας, θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο φιλική προς το χρήστη και να λειτουργεί όσο το δυνατόν πιο εύκολα. Οι προμηθευτές τεχνολογίας πληροφορικής και οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να αναπτύξουν τεχνολογίες για να μειώσουν τις απαιτήσεις τεκμηρίωσης και να αυτοματοποιήσουν μη ουσιώδεις εργασίες. Προτείνει δε τη συνεργασία των αρμόδιων φορέων για την ανάπτυξη της υποδομής και των διαδικασιών που επιτρέπουν την από κοινού λήψη αποφάσεων μεταξύ κλινικών και ασθενών.
- **Μείωση το στίγματος και βελτίωση των υπηρεσιών ανάκτησης.** Πολλοί κλινικοί γιατροί δεν αναφέρουν την εξάντληση επειδή φοβούνται τις πιθανές συνέπειες, συμπεριλαμβανομένης της απώλειας άδειας. Συνιστάται τα κρατικά νομοθετικά όργανα να διευκολύνουν την πρόσβαση στα προγράμματα βοήθειας των εργαζομένων, στα προγράμματα υποστήριξης από ομοτίμους και στους παρόχους ψυχικής υγείας χωρίς οι πληροφορίες να εκτείνονται σε αθέμιτες πρακτικές. Οι αιτήσεις χορήγησης ιατρικής άδειας ή ανανέωσης θα πρέπει να επικεντρώνονται μόνο στην τρέχουσα βλάβη που οφείλεται σε οποιαδήποτε κατάσταση υγείας, παρά σε προηγούμενες διαγνώσεις για μια κατάσταση ψυχικής υγείας.
- **Δημιουργία εθνικού ερευνητικού πρόγραμματος για την ευεξία των κλινικών.** Συστήνεται οι οργανισμοί έρευνας ποιότητας και ασφάλειας της υγείας να αναπτύξουν συντονισμένες συστηματικές έρευνες σχετικά με τον εντοπισμό των αιτιών που οδηγούν σε burnout, των σταδίων εμφάνισής του στη σταδιοδρομία και τη ζωή για διάφορους τύπους κλινικών και τις επιπτώσεις της κατάρρευσης στο εργατικό δυναμικό, καθώς και τα αποτελέσματα της ασφάλειας των ασθενών. (Joanne Finnegan, 2019).

4.3 ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ/ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία η ψυχολογική και σωματική επιβάρυνση των Νοσηλευτών συνδέονται με παραμέτρους της επαγγελματικής ικανοποίησης, όπως η μη ικανοποιητική σχέση με τη διοίκηση, η μη προσδοκώμενη αναγνώριση και προοπτική, οι απαιτητικές συνθήκες εργασίας, η κακή επικοινωνία, η έλλειψη συνεργασίας, τα αλλότρια καθήκοντα κ.α. Σε μελέτη σχετικά με το ρόλο της ηγεσίας στην παρεχόμενη ποιότητα φροντίδας αναφέρεται ότι η χαμηλή απόδοση στην εργασία και η χαμηλή ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σχετίζονται με την κόπωση, το στρες, την αϋπνία, την εξάντληση, την έλλειψη υποστήριξης του προσωπικού. Η αντιμετώπιση του εργασιακού στρες και η ψυχολογική ευημερία του προσωπικού τονίζεται ότι είναι ένα κρίσιμο βήμα για την παροχή καλύτερης φροντίδας και μεγαλύτερης ικανοποίησης των ασθενών(M.G.DE Moraes et al.,2019; Shahana Naz et al.,2016;J Firth-Cozens &D Mowbray,2001).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε τρία δημόσια μαιευτήρια της Αττικής αναδεικνύεται ότι μόλις το 19,8% των νοσηλευτών λαμβάνει υψηλή ικανοποίηση από την εργασία τους, το 26,5% έχει τάσεις εγκατάλειψης της εργασίας τους, το 54,5% έχει μέτρια κόπωση, το 73,9% δηλώνουν υψηλής έντασης κόπωση συμπτώνοιας. Προτείνεται δε από τους συγγραφείς ότι η κατάσταση μπορεί να αντιμετωπιστεί με μια οργανωμένη διαδικασία στήριξης, κλινική εποπτεία και συνεχιζόμενη εκπαίδευση, ώστε το προσωπικό να κατανοήσει τα ανυπέρβλητα συναισθήματα που βιώνει και οδηγούν σε κόπωση συμπτώνοιας, να κατανοήσει θέματα επικοινωνίας και τη σημασία της αλληλεπίδρασης των συναισθημάτων αυτών σε καταστάσεις έντονα φορτισμένες, να θωρακιστεί έναντι αυτών και να αποκτήσει τον έλεγχό τους(Katsantoni et al.,2019).

Η αναγκαιότητα της ύπαρξης του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας στη Διασυνδεδετική/ Συμβουλευτική(Δ/Σ) στο γενικό νοσοκομείο αναδεικνύεται σε σχετικό άρθρο μέσα από μελέτη περιπτώσεων παρέμβασης, όπου και περιγράφονται οι δεξιότητες που πρέπει να έχει αναπτύξει. Προσαρμόζει τις παρεμβάσεις στις ανάγκες του κάθε ασθενή, του οικείου περιβάλλοντός του και του νοσηλευτή που τον φροντίζει. Συμβάλει στην ανάπτυξη πλάνου παροχής φροντίδας. Προσδιορίζει τις εκπαιδευτικές ανάγκες των άλλων- εκτός ψυχικής υγείας-κλινικών νοσηλευτών σε σχέση με τη φροντίδα ασθενών με προβλήματα ψυχικής υγείας. Παρέχει συμβουλές, καθοδήγηση, εκπαίδευση και διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες. Έτσι, όπως

υποστηρίζεται μειώνεται η αβεβαιότητα, το αίσθημα ανεπάρκειας και η απογοήτευση των κλινικών νοσηλευτών επειδή δεν μπορούν να φροντίσουν ασθενείς με ψυχοπαθολογία(Sharrock et. al, 2002).

Η άσκηση της Διασυνδετικής/Συμβουλευτικής Νοσηλευτικής στο γενικό νοσοκομείο συμβαδίζει με την άσκηση της Ψυχιατρικής Διασυνδετικής/Συμβουλευτικής και ενσωματώνει στις δραστηριότητές της σημαντικό κλινικό, συμβουλευτικό, ψυχοθεραπευτικό, εκπαιδευτικό και ερευνητικό έργο. Ασκείται από νοσηλευτή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης με ειδικότητα Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας ή/και με αντίστοιχο μεταπτυχιακό τίτλο, ο οποίος διαθέτει κλινική εμπειρία στη γενική νοσηλευτική, κλινικές δεξιότητες ψυχικής υγείας και διοικητικές ικανότητες. Και ενώ στον διεθνή χώρο η ευρεία εφαρμογή της αναδεικνύει την αναγκαιότητα προετοιμασίας του προσωπικού σε εξειδικευμένο εκπαιδευτικό πλαίσιο με πρωτόκολλα εφαρμογής, στην Ελλάδα δεν είναι ευρέως διαδεδομένος ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας στη διασυνδετική/συμβουλευτική στο γενικό Νοσοκομείο, εκτός από μεμονωμένες περιπτώσεις(Herworth & McGowan, 2015). Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας στη χώρα μας ασχολούνται κυρίως ως κλινικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας σε ψυχιατρικές κλινικές, σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα, σε κέντρα ψυχικής υγείας, νοσοκομείο ημέρας ή κέντρο ημέρας, κινητή μονάδα κλπ.

4.3.1 Ο ρόλος του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας στη Διασυνδετική/Συμβουλευτική στο γενικό νοσοκομείο

Ο νοσηλευτής στη Δ/Σ στο γενικό νοσοκομείο ανήκει στη διεπαγγελματική ομάδα της ψυχικής υγείας, έχει αναπτύξει δεξιότητες επικοινωνίας- διαμεσολάβησης προκειμένου να συνεργαστούν τα μέλη της, κοινωνικός λειτουργός, εργοθεραπευτής, ψυχολόγος, ψυχίατρος κλπ. αντιμετωπίζοντας τον ασθενή με σεβασμό και ενσυναίσθηση ως ενιαία βιοψυχοκοινωνική οντότητα.

Με τον ψυχίατρο η συνεργασία πρέπει να είναι διαρκώς συντονισμένη, ειδικά όταν προκύπτει ασθενής με συννοσηρότητα σωματικής νόσου και ψυχικής διαταραχής, βίαιη ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και χρειάζεται φαρμακευτική αντιμετώπιση. Ο ψυχίατρος της Δ/Σ είναι το επίκεντρο και ο υπεύθυνος της όλης θεραπευτικής διαδικασίας. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις της Δ/Σ περιλαμβάνουν την ενημέρωση, εκπαίδευση και υποστήριξη του ασθενή να αντιμετωπίσει τη νόσο και τις ψυχολογικές

του μεταπτώσεις. Πολλές φορές χρειάζεται και το οικείο περιβάλλον του ανάλογη φροντίδα (Πριάμη, 1998).

Ο νοσηλευτής Δ/Σ συμβουλεύει, εκπαιδεύει και συντονίζει τους άλλους νοσηλευτές και επαγγελματίες υγείας για την παρακολούθηση του ασθενή, την καταγραφή αλλόκοτης συμπεριφοράς ή τυχόν παρενεργειών, όταν ο ίδιος δεν είναι παρόν. Βοηθά το προσωπικό να αναγνωρίζει, να ερμηνεύει και να αντιμετωπίζει δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές, ενημερώνει για θέματα ψυχοπαθολογίας, τον ρόλο της μεταβίβασης- αντιμεταβίβασης (McIntyre T. et al., 2019; Yakimo et al., 2004).

Η παρέμβασή του στις ενδοϋπηρεσιακές συγκρούσεις εκτός από την παρέμβαση στην κρίση περιλαμβάνει παρεμβάσεις σε ατομικό και ομαδικό συμβουλευτικό επίπεδο. Ο νοσηλευτής Δ/Σ καλείται από τη διοίκηση του νοσοκομείου σε θεραπευτικό και σε εκπαιδευτικό πλαίσιο να βοηθήσει το προσωπικό να κατανοήσει τις ψυχικές λειτουργίες και το τι του συμβαίνει, να προσαρμοστεί και να συνεργαστεί στη βελτίωση της επικοινωνίας. Εκπαιδεύει σε τεχνικές χαλάρωσης, έγκαιρης αναγνώρισης του στρες και τρόπους αντιμετώπισης. Εντοπίζει τις πηγές στρες, τις αναφέρει στη διοίκηση ώστε να ληφθούν μέτρα περιορισμού και αντιμετώπισης και συμβάλει στην ελαχιστοποίηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό. Δραστηριοποιείται σε όλους τους τομείς πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης και συμβάλει στην εξάλειψη της προκατάληψης για την ψυχική ασθένεια (Μουστάκα και συν., 2010; Yakimo et al., 2004; Παππά και συν., 2008).

Με τη συμμετοχή του σε ερευνητικές διαδικασίες συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Σύγχρονες μελέτες στον διεθνή χώρο έχουν αναδείξει την αναγκαιότητα της ανάπτυξης της Δ/Σ Νοσηλευτικής στο γενικό νοσοκομείο, ειδικά τη συμβολή της στην παρέμβαση στην κρίση. Εκτιμάται ότι οι υπηρεσίες της μειώνουν τη διάρκεια παραμονής, το κόστος παραμονής, όταν οι παρεμβάσεις γίνονται έγκαιρα και διευκολύνουν τη διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας με αυτές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην κοινότητα (θεραπευτικό συνεχές) (Ribas EDN et al., 2018; Merritt MK & Procter N., 2010).

4.3.2 Επαγγελματική εξουθένωση και πανδημία

Η εξάπλωση του κορωνοϊού covid-19 και η εφαρμογή των ενισχυμένων μέτρων προστασίας εντός του εργασιακού χώρου, αλλά και εκτός με την εφαρμογή της

κοινωνικής απομόνωσης και την απαγόρευση της κυκλοφορίας αυξάνει το καθημερινό στρες των νοσηλευτών. Βιώνουν φόβο, ανησυχία, θυμό, ανασφάλεια για την υγεία τους και την υγεία των δικών τους ανθρώπων, διότι ταυτόχρονα πρέπει να μετακινούνται στην εργασία τους, να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί και να διαχειρίζονται δύσκολες καταστάσεις. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας και κυρίως όσοι φροντίζουν ύποπτα ή διεγνωσμένα περιστατικά με covid-19 χρειάζεται να παραμείνουν ψύχραιμοι και αποτελεσματικοί. Επίσης, εκτός ότι χρειάζεται να διαχειρίζονται τα παραπάνω αρνητικά αισθήματα, επιβαρύνονται και με το στρες της φροντίδας των ανθρώπων που πονούν, δυσπνοούν ή πιθανόν να καταλήξουν(Μαρούγκα και συν., 2020).

Αν ο νοσηλευτής δεν μπορέσει να απεγκλωβιστεί από τις αρνητικές σκέψεις και να διαχειριστεί το άγχος του εξαντλείται σωματικά και ψυχολογικά. Ένας ήδη επιβαρυνμένος εργαζόμενος με συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης ή άλλης ψυχικής δυσφορίας είναι πιο επιρρεπής στην κατάρρευση. Προτείνονται λοιπόν προληπτικά μέτρα σε ατομικό και οργανωσιακό επίπεδο. Ο εργαζόμενος νοσηλευτής φροντίζει την ατομική του υγιεινή, διατροφή, σωματική άσκηση, ξεκούραση, δεν προσφεύγει σε χρήση αλκοόλ, κάπνισμα ή ουσίες για να ρυθμίσει το άγχος του. Μέσω τηλεπικοινωνίας και διαδικτύου μπορεί να διατηρήσει την επικοινωνία με συγγενείς και φίλους, με υπεύθυνους φορείς για τη σωστή ενημέρωσή του και να ψυχαγωγηθεί με βιβλία, παιχνίδια, ταινίες κλπ. Σχετική μελέτη των David Fessell and Cary Cherniss(2020) αναφέρει μικροπρακτικές, όπως είναι η επικέντρωση του νου στην υγιεινή των χεριών ως ευκαιρία για αυτογνωσία και αυτοδιαχείριση, στην αναπνοή, τη δίψα, την πείνα ως ευκαιρία για αυτοέλεγχο ευεξίας, σε αίσθημα αναστάτωσης, διαπίστωση θυμού, ανησυχίας ή θλίψης ως ευκαιρία αυτογνωσίας και αυτοδιαχείρισης, στην καταγραφή τριών καλών πραγμάτων κάθε φορά ως όφελος στην αυτοαναφερόμενη ευτυχία, ισορροπία και ηρεμία, στην εκτέλεση διαφραγματικής αναπνοής για μείωση του στρες και της πίεσης. Οι προαναφερθείσες πρακτικές όπως αναφέρεται στη μελέτη απαιτούν ελάχιστο χρόνο για πραγματικά θετικά οφέλη. Είναι μικρές αλλαγές, αλλά εφικτές και βιώσιμες. Μπορεί ο επαγγελματίας υγείας να καθοδηγήσει τον ασθενή του με αυτές σε στιγμές χαλάρωσης και χαράς. Δεν αποτελούν όμως θεραπεία για την εξουθένωση, τη θλίψη και το άγχος για τον covid-19. Είναι σημαντικό ο επαγγελματίας υγείας να αντιληφθεί την ψυχολογική του δυσφορία και να ζητήσει έγκαιρα βοήθεια από ειδικούς(David Fessell and Cary Cherniss,2020).

Η διοίκηση του νοσοκομείου βάση οδηγιών του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας εφαρμόζει σχέδιο δράσης αντιμετώπισης της πανδημίας και συνθηκών

νοσηλείας των ασθενών, λαμβάνει όλα τα προστατευτικά μέτρα για τους υπαλλήλους, ενημερώνει τακτικά το προσωπικό, δίνει, όσο αυτό είναι εφικτό, τη δυνατότητα ξεκούρασης κατά τη διάρκεια της βάρδιας και ανατροφοδότησης στο τέλος της βάρδιας. Κάνει τακτικούς ελέγχους και επανεκτιμήσεις της κατάστασης, εξακριβώνει την ικανότητα των εργαζομένων στην εύκολη πρόσβαση σε περίπτωση αναζήτησης βοήθειας, ενδυναμώνει την ομαδικότητα, τη φροντίδα και το γνouiάξιμο των επαγγελματιών μεταξύ τους, να παρακολουθούν την υγείας τους σε καθημερινή βάση (Μαρούγκα και συν. 2020). Οι παραπάνω χειρισμοί και δεξιότητες προσέγγισης του προσωπικού και των ασθενών παραπέμπουν στην εγγενή διάσταση του ρόλου της Διασυνδετικής/Συμβουλευτικής Νοσηλευτικής. Η διοίκηση του νοσοκομείου αναθέτει στα διοικητικά στελέχη της σε συνεργασία με τη Δ/ΣΝ να ανιχνεύσουν τις ανάγκες του προσωπικού του νοσοκομείου και των ασθενών ώστε να λαμβάνουν συστηματική εξειδικευμένη βοήθεια.

Β΄ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ – ΕΡΕΥΝΑ

5.1 Σκοπός και επιμέρους στόχοι της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να αξιολογηθούν το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης και η επαγγελματική ικανοποίηση του Νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Παναγία η Βοήθεια».

Επιμέρους στόχοι της εργασίας είναι η διερεύνηση:

1. Τυχόν επίδρασης διαφόρων παραγόντων, όπως οι συνθήκες εργασίας των εργαζομένων, τα ατομικά και δημογραφικά στοιχεία κ.α. στην επαγγελματική εξουθένωση και στην ικανοποίηση από την εργασία.
2. Της σχέσης μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και επαγγελματικής ικανοποίησης.

Πιο αναλυτικά η παρούσα εργασία θα προσπαθήσει να διερευνήσει και να απαντήσει στα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

1. Υπάρχουν προσωπικά, δημογραφικά, κοινωνικά κ.λπ. στοιχεία που επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση, και με ποιον τρόπο;
2. Ποιες συνθήκες εργασίας επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση και σε ποιο βαθμό;
3. Ποιες από τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης επηρεάζουν την επαγγελματική ικανοποίηση;
4. Υπάρχει συσχέτιση της επαγγελματικής ικανοποίησης με τους προσωπικούς, δημογραφικούς, κοινωνικούς και άλλους παράγοντες;

5.2 Περιγραφή δείγματος

Το δείγμα της έρευνας (δείγμα ευκολίας) αποτέλεσαν 212 νοσηλευτές, τριτοβάθμιας(ΠΕ και ΤΕ) και δευτεροβάθμιας(ΔΕ) εκπαίδευσης, οι οποίοι εργάζονται στον παθολογικό, χειρουργικό και διατομεακό τομέα του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Παναγία η βοήθεια». Τα ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν από τα εξής τμήματα: Παθολογική, Νευρολογική, Δερματολογική, Ορθοπεδική, Μαιευτική/Γυναικολογική, Παιδιατρική, Αιματολογική, Καρδιολογική, Νευροχειρουργική, Νεφρολογική, Ουρολογική, Χειρουργική, Οφθαλμολογική, Ωτορινολαρυγγολογική, Δομές ψυχικής υγείας, Ψυχιατρική, Ογκολογικό, Κέντρο Αποκατάστασης, Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού Οστών, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Ενηλίκων, Νεογνών και Παίδων, Μονάδα Εμφραγμάτων, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Χειρουργεία, Αίθουσα Ανάνηψης, Αιμοδοσία, Μαιευτήριο, Αποστείρωση, Αιμοδυναμικό, Αγγειογραφία, Αξονικός τομογράφος, Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία και Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών. Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 1) παρατίθεται αναλυτικά το μέγεθος και το ποσοστό συμμετοχής στην παρούσα έρευνα.

Πίνακας 1. Μέγεθος δείγματος

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ (ΠΕ +ΤΕ+ ΔΕ)	
Σύνολο νοσηλευτών που απασχολούνται στο νοσοκομείο	785
Αριθμός ερωτηματολογίων που μοιράστηκε	460
Αριθμός ερωτηματολογίων που επεστράφησαν	220
Αριθμός ερωτηματολογίων που εξαιρέθηκαν λόγω ελλιπούς συμπλήρωσης	8
Τελικός αριθμός ερωτηματολογίων που συμπεριελήφθησαν στην έρευνα	212
Ποσοστό ανταπόκρισης	46%

5.3 Συλλογή Δεδομένων

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη μέθοδο αυτοσυμπλήρωσης ανώνυμου δομημένου ερωτηματολογίου που περιελάμβανε συνολικά 74 ερωτήσεις. Κατά τη διανομή του πραγματοποιήθηκε προφορική και γραπτή ενημέρωση των νοσηλευτών σχετικά με την εθελοντική συμμετοχή τους, με το πεδίο και τον σκοπό της έρευνας, το πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος, την έγκριση του ερευνητικού πρωτοκόλλου από το διοικητικό και επιστημονικό συμβούλιο του Π.Γ.Ν.Π. και τη διαβεβαίωση από την ερευνήτρια για τη διαφύλαξη των προσωπικών τους δεδομένων, ότι θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την παρούσα έρευνα χωρίς να τεθεί οποιοσδήποτε σε κίνδυνο. Κάθε αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο χρειάστηκε δέκα λεπτά για να συμπληρωθεί.

Η διανομή του ερωτηματολογίου έγινε τον Φεβρουάριο του 2020 και η συλλογή του είχε προγραμματιστεί να ολοκληρωθεί τον Απρίλιο του 2020. Επειδή το συγκεκριμένο νοσοκομείο επιλέχθηκε ως νοσοκομείο αναφοράς του COVID-19 και η ενδοεπικοινωνία των τμημάτων περιορίστηκε στις άκρως απαραίτητες εργασίες για ευνόητους λόγους ασφάλειας της δημόσιας υγείας, τα τελευταία δείγματα συλλέχθηκαν στις αρχές Μαρτίου. Για διευκόλυνση της διεξαγωγής της έρευνας τα νοσηλευτικά τμήματα ταξινομήθηκαν σε δυο κατηγορίες σε ανοιχτά και κλειστά. Ως κλειστά τμήματα χαρακτηρίζονται οι μονάδες υψηλής φροντίδας ασθενών και κάποια τμήματα που έχουν τα χαρακτηριστικά των μονάδων, όπου η φροντίδα των ασθενών γίνεται αποκλειστικά από τους νοσηλευτές πχ. τα χειρουργεία, η ψυχιατρική κλινική, το μαιευτήριο κλπ. Ως ανοιχτά τμήματα χαρακτηρίζονται τα τμήματα νοσηλείας χωρητικότητας έως 30 κλίνες των οποίων οι νοσηλευόμενοι διατηρούν ένα ελεγχόμενο επίπεδο υγείας, το οποίο δεν χρήζει αντιμετώπιση σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Στα ανοιχτά τμήματα η φροντίδα των ασθενών δεν παρέχεται μόνο από τους νοσηλευτές, αλλά δίνεται άδεια να συνεπικουρούν οικεία πρόσωπα του ασθενούς ή/και αποκλειστική νοσοκόμος.

5.4 Περιγραφή Ερωτηματολογίου

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε ανοιχτού και κλειστού τύπου ερωτήσεις. Στο πρώτο και δεύτερο μέρος καταγράφηκαν τα δημογραφικά, κοινωνικά χαρακτηριστικά και οι συνθήκες εργασίας και το τρίτο μέρος περιελάμβανε την κλίμακα καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης(Maslach Burnout Inventory) και την κλίμακα Επαγγελματικής Ικανοποίησης(Job Satisfaction Survey, Spector)(Παράρτημα εργασίας).

Τα δημογραφικά, κοινωνικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά διερευνήθηκαν με 16 συνολικά ερωτήσεις που αφορούν τα μέν το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο, τα δε τις συνθήκες εργασίας, το τμήμα εργασίας, τα έτη προϋπηρεσίας, τη σχέση εργασίας, τον βαθμό στην εργασία, το μηνιαίο εισόδημα, τους λόγους επιλογής του επαγγέλματος, την καταγραφή του κυκλικού ωραρίου και τον αριθμό των ασθενών που αντιστοιχεί σε κάθε νοσηλεύτη στη βάρδια.

Το ερωτηματολόγιο «επαγγελματικής εξουθένωσης» της Maslach(MBI) έχει χρησιμοποιηθεί και αξιολογηθεί για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του στη διεθνή έρευνα. Αποτελείται από τρεις επιμέρους κλίμακες, οι οποίες διερευνώνται με 22 συνολικά κλειστού τύπου ερωτήσεις(Αναγνωστόπουλος-Παπαδάτου 1992, Παπαθανασίου 2012):

- **Συναισθηματική εξάντληση:** περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 και 20 και λαμβάνει βαθμολογία **0 έως 54** με τις μεγαλύτερες βαθμολογίες ≥ 31 να δηλώνουν υψηλή συναισθηματική εξάντληση, από 21-30 μέση και ≤ 20 χαμηλή.
- **Αποπροσωποποίηση:** περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 5, 10, 11, 15 και 22 και λαμβάνει βαθμολογία **0 έως 30** με τις μεγαλύτερες βαθμολογίες ≥ 11 να δηλώνουν υψηλή αποπροσωποποίηση, από 6-10 μέση και ≤ 5 χαμηλή.
- **Προσωπικά επιτεύγματα:** περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 και 21 και λαμβάνει βαθμολογία **0 έως 48** με τις μικρότερες βαθμολογίες ≤ 35 να δηλώνουν χαμηλά προσωπικά επιτεύγματα, από 41-36 μέτρια και ≥ 42 υψηλά προσωπικά επιτεύγματα.

Η βαθμολογία υπολογίζεται με διαβάθμιση 7 σημείων της κλίμακας Likert που κυμαίνεται από 0(ποτέ δε μου συμβαίνει) έως 6(κάθε μέρα μου συμβαίνει).

Το ερωτηματολόγιο μέτρησης της «εργασιακής ικανοποίησης» που χρησιμοποιήθηκε είναι το Job Satisfaction Survey (JSS) του Paul E. Spector(1985) Καθηγητή Βιομηχανικής/ Οργανωτικής Ψυχολογίας στο Πανεπιστήμιο της Νότιας Φλόριντα. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο ερευνητικό εργαλείο και έχει χρησιμοποιηθεί και σταθμιστεί σε παλιότερες μελέτες στη χώρα μας (Tsounis and Sarafis, 2018). Αποτελείται από 36 κλειστές ερωτήσεις εξαβάθμιας κλίμακας Likert, κυμαινόμενες από «διαφωνώ απόλυτα» έως «συμφωνώ απόλυτα», οι οποίες εξετάζουν την ικανοποίηση του προσωπικού σε σχέση με εννέα επιμέρους κλίμακες- διαστάσεις της εργασίας(πίνακας 7).

Σε κάθε κλίμακα αντιστοιχούν 4 ερωτήσεις και η συνολική διάσταση εξετάζεται από το σύνολο των 36 ερωτήσεων. Συγκεκριμένα για την κλίμακα **Μισθός** αντιστοιχούν οι 1,10,19,28 ερωτήσεις, για την **Προαγωγή** οι 2,11,20,33 ερωτήσεις, για την **Επίβλεψη** οι 3,12,21,30, για την **Πρόσθετες απολαβές** οι 4,13,22,29, για την **Επιβραβεύσεις** οι 5,14,23,32, για τη **Λειτουργικές συνθήκες** οι 6,15,24,31, για τη **Συνάδελφοι** οι 7,16,25,34, για τη **Φύση Εργασίας** οι 8,17,27,35 και τέλος για την **Επικοινωνία** οι 9,18,26,36 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

5.5 Περιγραφική στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος, ελάχιστη τιμή και μέγιστη τιμή. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, ενώ οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν οι βαθμολογίες επαγγελματικής ικανοποίησης και εξουθένωσης.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθούσε την κανονική κατανομή και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθεί την κανονική κατανομή και μιας ποσοτικής μεταβλητής που δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient).

Στην περίπτωση που >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression) με εξαρτημένη μεταβλητή τις βαθμολογίες ικανοποίησης. Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

5.6 Αποτελέσματα

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

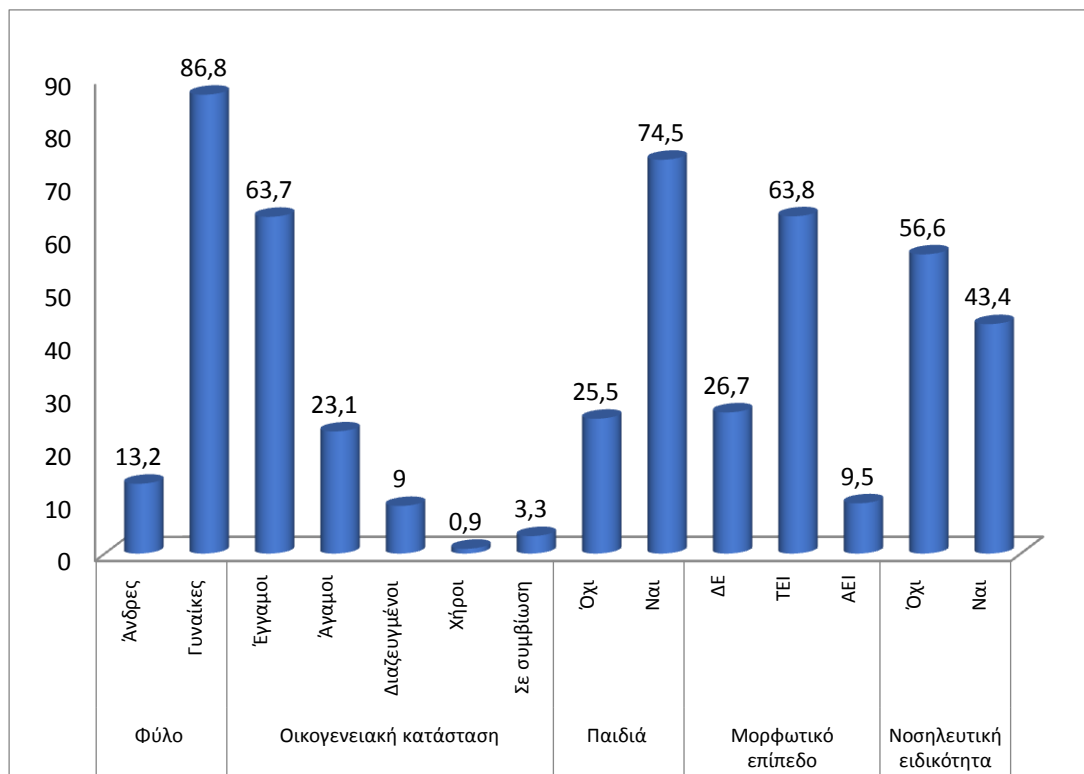
Ο μελετώμενος πληθυσμός περιλάμβανε 212 εργαζόμενους και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων παρουσιάζονται στον πίνακα 2 και στο γράφημα 1. Η μέση ηλικία των εργαζόμενων ήταν 46,4 έτη και ο μέσος αριθμός ετών από τον πιο πρόσφατο τίτλο σπουδών ήταν 15,7. Οι περισσότεροι ήταν γυναίκες (86,8%), έγγαμοι (63,7%), είχαν παιδιά (74,5%), ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ (63,8%) και δεν είχαν νοσηλευτική ειδικότητα (56,6%).

Πίνακας 2. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων.

Χαρακτηριστικά	N	%
Φύλο		
Άνδρες	28	13,2
Γυναίκες	184	86,8
Ηλικία ^α	46,4	7,4
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμοι	135	63,7
Άγαμοι	49	23,1
Διαζευγμένοι	19	9,0
Χήροι	2	0,9
Σε συμβίωση	7	3,3
Παιδιά		
Όχι	54	25,5
Ναι	158	74,5
Μορφωτικό επίπεδο		
ΔΕ	56	26,7
ΤΕΙ	134	63,8
ΑΕΙ	20	9,5
Νοσηλευτική ειδικότητα		
Παθολογική	16	17,4
Χειρουργική	14	15,2
Ψυχικής υγείας	10	10,8
Παιδιατρική	2	2,2

Μεταπτυχιακό	53	57,6
Διδακτορικό	2	2,2
Νοσηλευτική ειδικότητα		
Όχι	120	56,6
Ναι	92	43,4
Έτη από τον πιο πρόσφατο τίτλο σπουδών ^α	15,7	14,6

Γράφημα 1. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων(εκφρασμένα σε%).



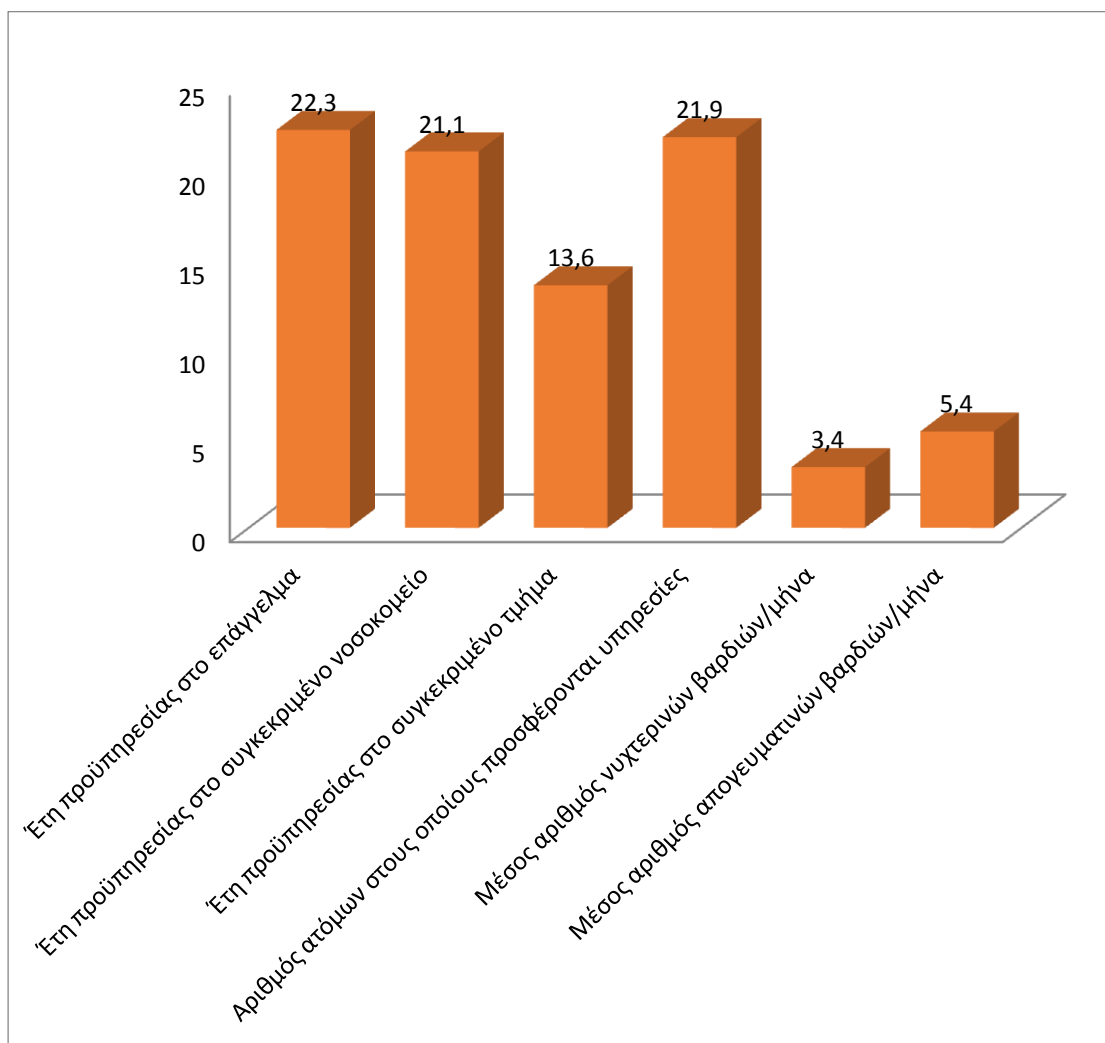
Επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων παρουσιάζονται στον πίνακα 3 και στα γραφήματα 2 και 3. Ο μέσος αριθμός ατόμων στους οποίους προσφέρονται υπηρεσίες ήταν 21,9, ο μέσος αριθμός ετών προϋπηρεσίας στο επάγγελμα ήταν 22,3, ο μέσος αριθμός ετών προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ήταν 21,1 και ο μέσος αριθμός ετών προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα ήταν 13,6. Οι περισσότεροι εργάζονταν σε ανοιχτά τμήματα (53,1%), ήταν μόνιμοι (89,6%), υπάλληλοι (90,5%), με μηνιαίο εισόδημα 1001-1500€ (60,2%), και εργάζονταν τόσο σε νυχτερινές βάρδιες (64,2%) όσο και σε απογευματινές βάρδιες (72,6%). Οι σημαντικότεροι παράγοντες επιλογής του επαγγέλματος ήταν η άμεση επαγγελματική αποκατάσταση (41,5%), η επιθυμία για βοήθεια στους άλλους (32,5%), η τυχαία επιλογή (25%) και η επιρροή από το οικογενειακό/φιλικό περιβάλλον (21,2%).

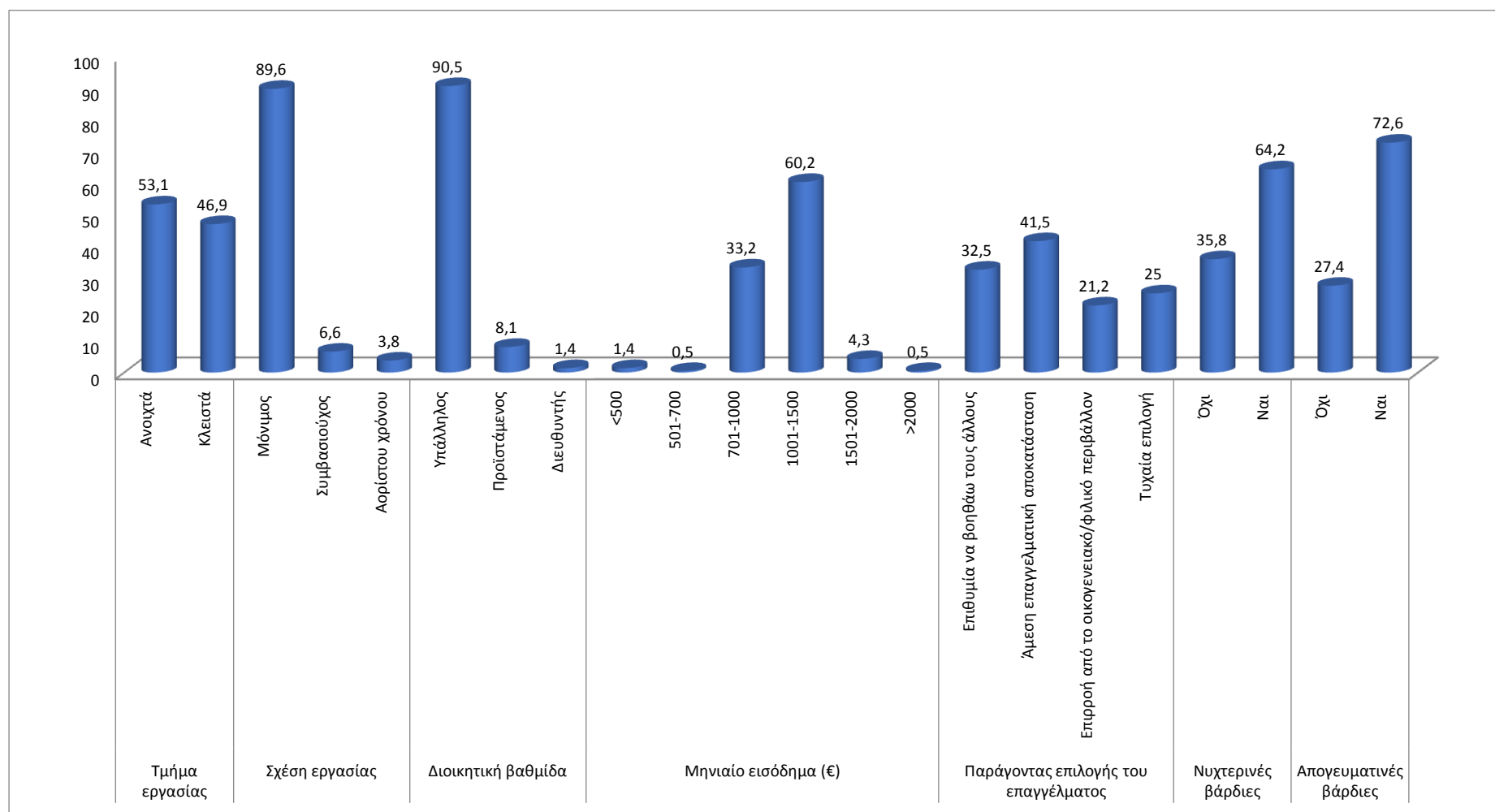
Πίνακας 3. Τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων.

Χαρακτηριστικά	N	%
Τμήμα εργασίας		
Ανοιχτά	111	53,1
Κλειστά	98	46,9
Έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα ^α	22,3	8,4
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ^α	21,1	9,0
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα ^α	13,6	9,4
Σχέση εργασίας		
Μόνιμος	190	89,6
Συμβασιούχος	14	6,6
Αορίστου χρόνου	8	3,8
Διοικητική βαθμίδα		
Υπάλληλος	191	90,5
Προϊστάμενος	17	8,1
Διευθυντής	3	1,4
Μηνιαίο εισόδημα (€)		
<500	3	1,4
501-700	1	0,5
701-1000	70	33,2
1001-1500	127	60,2

1501-2000	9	4,3
>2000	1	0,5
Παράγοντας επιλογής του επαγγέλματος		
Επιθυμία να βοηθάω τους άλλους	69	32,5
Άμεση επαγγελματική αποκατάσταση	88	41,5
Επιρροή από το οικογενειακό/φιλικό περιβάλλον	45	21,2
Τυχαία επιλογή	53	25,0
Αριθμός ατόμων στους οποίους προσφέρονται υπηρεσίες ^α	21,9	14,2
Νυχτερινές βάρδιες/μήνα		
Όχι	76	35,8
Ναι	136	64,2
Μέσος αριθμός νυχτερινών βαρδιών/μήνα ^α	3,4	3,0
Απογευματινές βάρδιες/μήνα		
Όχι	58	27,4
Ναι	154	72,6
Μέσος αριθμός απογευματινών βαρδιών/μήνα ^α	5,4	4,1



Γράφημα 2. Επαγγελματικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων(εκφρασμένα σε μέση τιμή)



Γράφημα 3. Τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων(εκφρασμένα σε %)

Επαγγελματική εξουθένωση

Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τη συναισθηματική εξάντληση ήταν 0,89, για την αποπροσωποποίηση ήταν 0,76 και για τα προσωπικά επιτεύγματα ήταν 0,7 γεγονός που δηλώνει πολύ καλή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

Τα περιγραφικά αποτελέσματα για τις τρεις κλίμακες του ερωτηματολογίου επαγγελματικής εξουθένωσης παρουσιάζονται στον πίνακα 4, ενώ στον πίνακα 5 και στο γράφημα 4 παρουσιάζονται οι κατηγορίες εξουθένωσης των συμμετεχόντων.

Από τα αποτελέσματα βρέθηκαν ότι οι εργαζόμενοι είχαν:

Υψηλή Συναισθηματική εξάντληση (43,9%)

Χαμηλή Συναισθηματική εξάντληση (31,6%)

Μέση Συναισθηματική εξάντληση (24,5%)

Υψηλή Αποπροσωποποίηση (39,2%)

Χαμηλή Αποπροσωποποίηση (35,4%)

Μέση Αποπροσωποποίηση (25,5%)

Υψηλά Προσωπικά Επιτεύγματα (40,6%)

Μέτρια Προσωπικά Επιτεύγματα (40,1%)

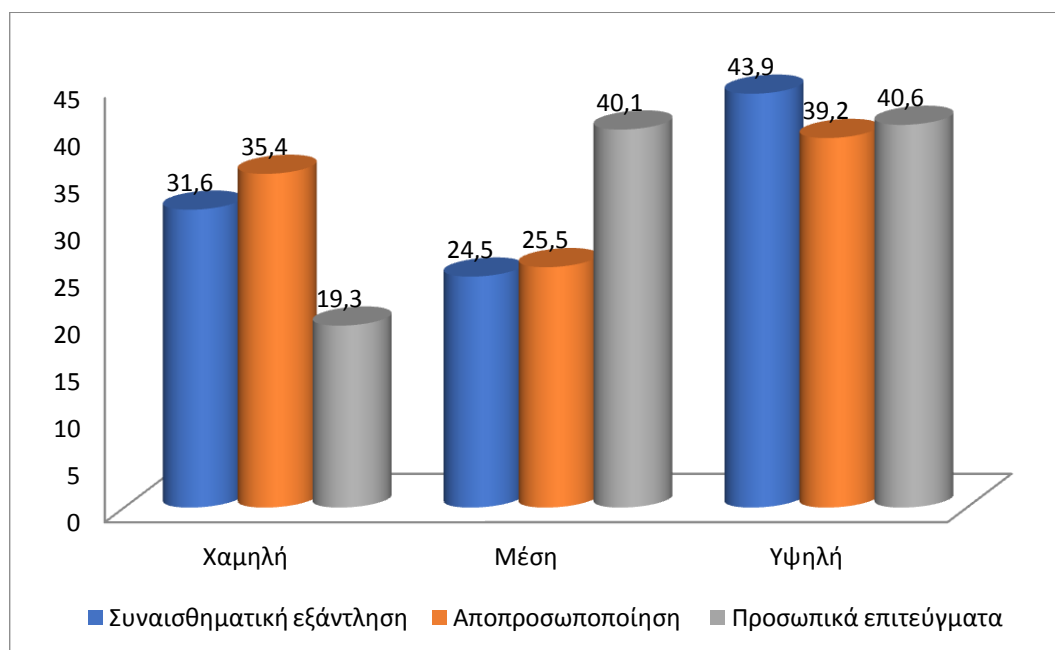
Χαμηλά Προσωπικά Επιτεύγματα (19,3%).

Πίνακας 4. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις τρεις κλίμακες του ερωτηματολογίου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Κλίμακα	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Συναισθηματική εξάντληση	27,7	12,1	28	2	52
Αποπροσωποποίηση	9,1	6,5	8	0	28
Προσωπικά επιτεύγματα	35,8	6,7	37	18	48

Πίνακας 5. Οι κατηγορίες εξουθένωσης των συμμετεχόντων.

Κλίμακα	Χαμηλή		Μέση		Υψηλή	
	N	%	N	%	N	%
Συναισθηματική εξάντληση	67	31,6	52	24,5	93	43,9
Αποπροσωποποίηση	75	35,4	54	25,5	83	39,2
Προσωπικά επιτεύγματα	41	19,3	85	40,1	86	40,6



Γράφημα 4. Οι κατηγορίες εξουθένωσης των συμμετεχόντων(εκφρασμένη σε %)

Οι απαντήσεις των εργαζόμενων στις 22 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου για την επαγγελματική εξουθένωση παρουσιάζονται στον πίνακα 6.

Πίνακας 6. Οι απαντήσεις των εργαζόμενων στις 22 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου για την επαγγελματική εξουθένωση.

	Ποτέ		Μερικές φορές τον χρόνο		Μια φορά τον μήνα		Μερικές φορές τον μήνα		Μια φορά την εβδομάδα		Μερικές φορές την εβδομάδα		Κάθε μέρα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος /η από τη δουλειά μου	5	2,4	33	15,6	18	8,5	24	11,3	28	13,2	75	35,4	29	13,7
Νιώθω άδεις/α σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου, την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά	33	15,6	53	25	16	7,5	29	13,7	22	10,4	39	18,4	20	9,4
Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμη μια μέρα στη δουλειά	17	8	34	16	22	10,4	23	10,8	28	13,2	55	25,9	33	15,6
Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς για όσα τους συμβαίνουν	5	2,4	4	1,9	3	1,4	15	7,1	11	5,2	101	47,6	73	34,4
Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς, σαν να είναι αντικείμενα	45	21,2	78	36,8	12	5,7	24	11,3	26	12,3	22	10,4	5	2,4
Μου είναι πολύ εξαντλητικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα	52	24,5	65	30,7	20	9,4	29	13,7	13	6,1	28	13,2	5	2,4
Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών	4	1,9	0	0	2	1,9	13	6,1	11	5,2	97	45,8	85	40,1
Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη	7	3,3	35	16,5	16	7,5	21	9,9	24	11,3	68	32,1	41	19,3

δουλειά μου														
Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου	5	2,4	6	2,8	8	3,8	21	9,9	14	6,6	91	42,9	67	31,6
Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά	57	26,9	66	31,1	15	7,1	19	9	15	7,1	26	12,3	14	6,6
Με προβληματίζει ότι σιγά-σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή	47	22,2	70	33	22	10,4	21	9,9	8	3,8	28	13,2	16	7,5
Με γεμίζει δύναμη και ενεργητικότητα η δουλειά μου με τους ασθενείς	11	5,2	35	16,5	27	12,7	35	16,5	18	8,5	56	26,4	30	14,2
Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου	22	10,4	57	26,9	16	7,5	32	15,1	21	9,9	46	21,7	18	8,5
Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου	1	0,5	8	3,8	5	2,4	11	5,2	18	8,5	96	45,3	73	34,4
Στην πραγματικότητα, δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς	112	52,8	44	20,8	22	10,4	12	5,7	11	5,2	11	5,2	0	0
Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους	63	29,7	65	30,7	22	10,4	25	11,8	10	4,7	19	9	8	3,8

Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς	4	1,9	5	2,4	8	3,8	22	10,4	18	8,5	85	40,1	70	33
Στο τέλος της ημέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς	2	0,9	11	5,2	18	8,5	29	13,7	29	13,7	78	36,8	45	21,2
Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σ' αυτή τη δουλειά	2	0,9	16	7,5	16	7,5	20	9,4	25	11,8	82	38,7	51	24,1
Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια... νιώθω πως ο κόμπος έφθασε στο χτένι	33	15,6	70	33	14	6,6	26	12,3	21	9,9	29	13,7	19	9
Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου	4	1,9	13	6,1	15	7,1	29	13,7	26	12,3	80	37,7	45	21,2
Νιώθω ότι οι ασθενείς με κατηγορούν ότι δεν νοιάζομαι για μερικά από τα προβλήματα τους	65	30,7	55	25,9	19	9	19	9	17	8	27	12,7	10	4,7

Επαγγελματική ικανοποίηση

Ο συντελεστής Cronbach's alpha του ερωτηματολογίου της επαγγελματικής ικανοποίησης ήταν 0,85, γεγονός που δηλώνει πολύ καλή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται τα περιγραφικά αποτελέσματα για τις 36 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της επαγγελματικής ικανοποίησης. Σε όλες τις περιπτώσεις, η αύξηση της βαθμολογίας δηλώνει και αύξηση της ικανοποίησης.

Πίνακας 7. Τα περιγραφικά αποτελέσματα για τις 36 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της επαγγελματικής ικανοποίησης.

Αριθμός	Ερώτηση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
1	Αισθάνομαι ότι αμείβομαι δίκαια για τη δουλειά που κάνω.	2,1	1,5	2	1	6
2	Υπάρχει μικρή πιθανότητα προαγωγής στη δουλειά μου.	2,5	1,6	2	1	6
3	Ο/Η προϊστάμενός μου είναι αρκετά ικανός στη δουλειά του/της	4,7	1,4	5	1	6
4	Δεν είμαι ικανοποιημένος με τα οφέλη που απολαμβάνω.	2,1	1,5	1	1	6
5	Όταν κάνω καλά τη δουλειά μου, λαμβάνω την αναγνώριση που θα έπρεπε.	3	1,6	2	1	6
6	Πολλοί από τους κανόνες και τις διαδικασίες κάνουν τη σωστή εκτέλεση της εργασίας δύσκολη .	2,6	1,5	2	1	6
7	Μου αρέσουν οι άνθρωποι με τους οποίους εργάζομαι.	4,8	1,1	5	1	6
8	Μερικές φορές αισθάνομαι πως η δουλειά μου είναι ανούσια.	3,8	1,8	4	1	6
9	Η επικοινωνία εντός του οργανισμού είναι καλή.	3,5	1,6	4	1	6
10	Οι αυξήσεις είναι λίγες και αραιές.	1,6	1,2	1	1	6
11	Όσοι τα πηγαίνουν καλά στη	2,5	1,6	2	1	6

	δουλειά τους, διεκδικούν πιθανότητα προαγωγής.					
12	Ο/Η προϊστάμενός μου είναι άδικος προς εμένα.	4,6	1,6	5	1	6
13	Τα οφέλη που απολαμβάνουμε είναι εξίσου καλά με αυτά που προσφέρουν άλλοι οργανισμοί.	2,3	1,6	2	1	6
14	Δεν αισθάνομαι πως η εργασία που κάνω εκτιμάται.	2,6	1,6	2	1	6
15	Οι προσπάθειές μου να κάνω καλά τη δουλειά μου περιορίζονται από την γραφειοκρατία.	3,2	1,7	3	1	6
16	Θεωρώ ότι πρέπει να εργαστώ πιο σκληρά στη δουλειά μου λόγω της ανικανότητας των ανθρώπων με τους οποίους συνεργάζομαι.	3,4	1,7	3	1	6
17	Μου αρέσει να κάνω τα πράγματα που κάνω στη δουλειά μου.	4,6	1,4	5	1	6
18	Οι στόχοι του οργανισμού δεν είναι ξεκάθαροι σε εμένα.	3,1	1,7	3	1	6
19	Νιώθω μη εκτιμώμενος από τον οργανισμό όταν σκέφτομαι αυτό για το οποίο με πληρώνουν.	2,1	1,4	2	1	6
20	Οι άνθρωποι προσδεύουν εδώ τόσο γρήγορα όσο και σε άλλα μέρη.	4,9	1,2	5	1	6
21	Ο/Η προϊστάμενος δείχνει μικρό ενδιαφέρον για τα αισθήματα των υφισταμένων του.	4	1,7	5	1	6
22	Το πακέτο παροχών που έχουμε είναι δίκαιο.	2,2	1,5	2	1	6
23	Υπάρχουν λίγες επιβραβεύσεις για αυτούς που δουλεύουν εδώ.	2,3	1,5	2	1	6
24	Έχω πολύ μεγάλο φόρτο εργασίας.	2,1	1,2	2	1	6
25	Απολαμβάνω τους συνεργάτες	4,6	1,1	5	1	6

	μου.					
26	Συχνά αισθάνομαι πως δεν γνωρίζω τι συμβαίνει στον οργανισμό.	2,8	1,5	2	1	6
27	Νιώθω περήφανος κάνοντας τη δουλειά μου.	5,1	1,3	5	1	6
28	Αισθάνομαι ικανοποιημένος με τις πιθανότητες μισθολογικής προαγωγής.	2,1	1,5	2	1	6
29	Υπάρχουν προνόμια που δεν έχουμε ενώ θα έπρεπε.	2,1	1,4	2	1	6
30	Μου αρέσει ο προϊστάμενός μου.	5	1,2	5	1	6
31	Ασχολούμαι πολύ με δουλειά γραφείου.	2,4	1,4	2	1	6
32	Δεν νιώθω ότι οι προσπάθειές μου επιβραβεύονται με τον τρόπο που θα έπρεπε.	2,0	1,3	1	1	6
33	Είμαι ικανοποιημένος με τις προοπτικές προαγωγής.	2,5	1,6	2	1	6
34	Υπάρχουν αρκετές διαφωνίες και διαμάχες στη δουλειά.	3,1	1,6	3	1	6
35	Η δουλειά μου είναι διασκεδαστική.	3,8	1,6	4	1	6
36	Τα εργασιακά καθήκοντα δεν εξηγούνται σαφώς.	3,3	1,6	3	1	6

Στον πίνακα 8 και στο γράφημα 5 παρουσιάζονται τα περιγραφικά αποτελέσματα για τις 9 διαστάσεις- κλίμακες του ερωτηματολογίου της επαγγελματικής ικανοποίησης. Σε όλες τις περιπτώσεις, η αύξηση της βαθμολογίας δηλώνει και αύξηση της ικανοποίησης.

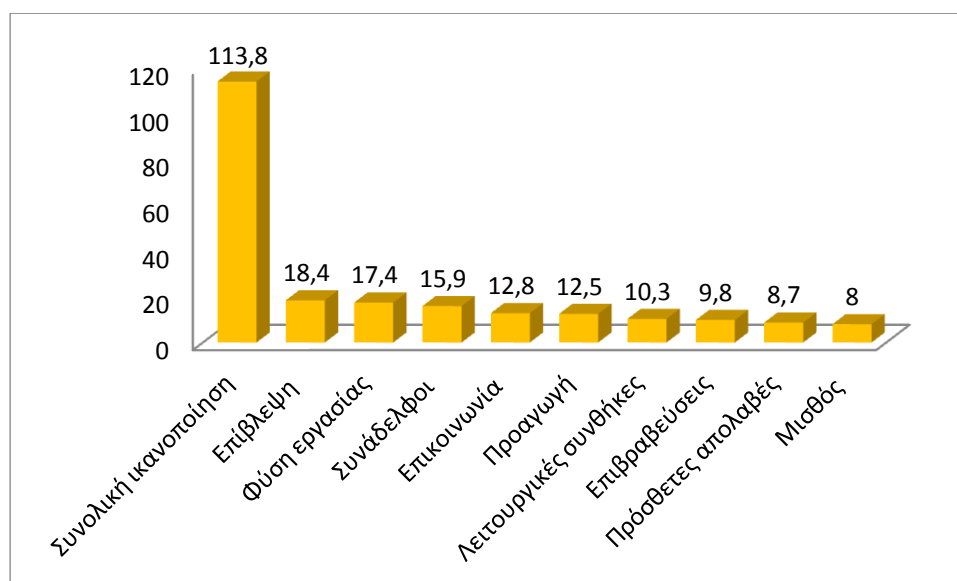
Κάθε κλίμακα μπορεί να λάβει τιμές από 4 έως 24, με τις μέσες τιμές μεγαλύτερες από 16 να δηλώνουν αυξημένη ικανοποίηση, τις μέσες τιμές μεταξύ 12 και 16 να δηλώνουν μέτρια ικανοποίηση και τις τιμές <12 να δηλώνουν μειωμένη ικανοποίηση.

Επομένως, αυξημένη ικανοποίηση υπήρχε αναφορικά με την φύση της εργασίας και την επίβλεψη, ενώ μέτρια ικανοποίηση υπήρχε αναφορικά με τους συναδέλφους, την επικοινωνία και την προαγωγή. Επιπλέον, μειωμένη ικανοποίηση υπήρχε αναφορικά με τις λειτουργικές συνθήκες, τον μισθό, τις πρόσθετες απολαβές και τις επιβραβεύσεις.

Η συνολική ικανοποίηση μπορεί να λάβει τιμές από 36 έως 216, με τις μέσες τιμές μεγαλύτερες από 144 να δηλώνουν αυξημένη ικανοποίηση, τις μέσες τιμές μεταξύ 108 και 144 να δηλώνουν μέτρια ικανοποίηση και τις τιμές <108 να δηλώνουν μειωμένη ικανοποίηση. Στην παρούσα μελέτη, η μέση συνολική ικανοποίηση ήταν 113,8 γεγονός που δηλώνει μέτρια ικανοποίηση.

Πίνακας 8. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις 9 κλίμακες του ερωτηματολογίου της επαγγελματικής ικανοποίησης.

Κλίμακα	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Μισθός	8	3,8	7	4	21
Προαγωγή	12,5	3,3	12	5	22
Επίβλεψη	18,4	4,6	19	5	24
Πρόσθετες απολαβές	8,7	4	8	4	19
Επιβραβεύσεις	9,8	3,8	10	4	23
Λειτουργικές συνθήκες	10,3	3,7	10	4	22
Συνάδελφοι	15,9	3,9	16	4	24
Φύση εργασίας	17,4	4,5	18	4	24
Επικοινωνία	12,8	4,4	13	4	24
Συνολική ικανοποίηση	113,8	21,4	115	54	180



Γράφημα 5. Συνολική ικανοποίηση για τις 9 κλίμακες του ερωτηματολογίου της επαγγελματικής ικανοποίησης (εκφρασμένη σε μέση τιμή)

Συσχετίσεις

Εξαρτημένη μεταβλητή: συνολική επαγγελματική ικανοποίηση

Στον πίνακα 9 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη συνολική επαγγελματική ικανοποίηση.

Πίνακας 9. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη συνολική ικανοποίηση.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση συνολική ικανοποίηση	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,7 ^α
Άνδρες	115,4	21	
Γυναίκες	113,5	21,5	
Ηλικία		-0,17 ^β	0,02^β
Οικογενειακή κατάσταση			0,6 ^α
Έγγαμοι	113,1	19,7	
Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	114,9	24,3	
Παιδιά			0,4 ^α
Όχι	111,4	22,7	
Ναι	114,6	21	
Μηνιαίο ατομικό εισόδημα		-0,1 ^γ	0,4 ^γ
Μορφωτικό επίπεδο		0 ^γ	0,7 ^γ
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό			0,9 ^α
Ναι	114,1	22,7	
Όχι	113,7	21	
Νοσηλευτική ειδικότητα			0,3 ^α
Όχι	112,2	20,7	
Ναι	115,8	22,3	
Έτη από τον πιο πρόσφατο τίτλο σπουδών		0,1 ^γ	0,3 ^γ
Τμήμα εργασίας			0,1^α
Ανοιχτά	111,3	23,9	
Κλειστά	116,8	17,7	
Έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα		-0,14 ^γ	0,04^γ

Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		-0,13 ^γ	0,1^γ
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα		-0,1 ^γ	0,2 ^γ
Σχέση εργασίας			0,01^α
Μόνιμος	112,5	20,5	
Συμβασιούχος/αορίστου	124,4	26,2	
Διοικητική βαθμίδα			0,1^α
Υπάλληλος	114,5	21,2	
Προϊστάμενος/διευθυντής	107	23	
Αριθμός ατόμων στους οποίους προσφέρονται υπηρεσίες		-0,22 ^γ	0,002^γ
Αριθμός νυχτερινών βαρδιών/μήνα		0 ^γ	0,9 ^γ
Αριθμός απογευματινών βαρδιών/μήνα		0 ^γ	0,6 ^γ
Συναισθηματική εξάντληση		-0,5 ^β	<0,001^β
Αποπροσωποποίηση		-0,3 ^β	<0,001^β
Προσωπικά επιτεύγματα		0,3 ^β	<0,001^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα σε 10 ανεξάρτητες μεταβλητές και τη συνολική ικανοποίηση. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 10.

Πίνακας 10. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική ικανοποίηση.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Συναισθηματική εξάντληση	-0,8	-1,1 έως -0,6	<0,001
Προσωπικά επιτεύγματα	0,4	0,1 έως 0,8	0,03
Συμβασιούχοι/αορίστου χρόνου σε σχέση με μόνιμους	8,2	0,2 έως 16,2	0,04
Αριθμός ατόμων στους οποίους προσφέρονται υπηρεσίες	-0,4	-0,5 έως -0,2	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αυξημένη συναισθηματική εξάντληση σχετίζονταν με χαμηλότερη συνολική ικανοποίηση.
- Τα αυξημένα προσωπικά επιτεύγματα σχετίζονταν με μεγαλύτερη συνολική ικανοποίηση.
- Οι συμβασιούχοι/αορίστου χρόνου είχαν μεγαλύτερη συνολική ικανοποίηση σε σχέση με τους μόνιμους.
- Ο αυξημένος αριθμός ατόμων στους οποίους προσφέρονται υπηρεσίες σχετίζονταν με χαμηλότερη συνολική ικανοποίηση.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 32% της μεταβλητότητας της συνολικής ικανοποίησης.

Εξαρτημένη μεταβλητή: ικανοποίηση από τον μισθό

Στον πίνακα 11 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από τον μισθό.

Πίνακας 11. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από τον μισθό.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση ικανοποίηση	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,6 ^α
Ανδρες	8,5	4	
Γυναίκες	8	3,7	
Ηλικία		-0,15 ^β	0,03^β
Οικογενειακή κατάσταση			0,01^α
Έγγαμοι	7,5	3,5	
Αγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	8,9	4,1	
Παιδιά			0,2 ^α
Όχι	8,6	4	
Ναι	7,8	3,7	
Μηνιαίο ατομικό εισόδημα		-0,1 ^γ	0,3 ^γ
Μορφωτικό επίπεδο		0 ^γ	0,7 ^γ
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό			0,9 ^α
Ναι	8	3,9	
Όχι	8,1	3,8	
Νοσηλευτική ειδικότητα			0,1^α
Όχι	7,6	3,5	
Ναι	8,5	4,1	
Έτη από τον πιο πρόσφατο τίτλο σπουδών		0,1 ^γ	0,3 ^γ
Τμήμα εργασίας			0,1^α
Ανοιχτά	7,6	3,8	
Κλειστά	8,6	3,7	
Έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα		-0,2 ^γ	0,01^γ
Έτη προϋπηρεσίας στο		-0,13 ^γ	0,1^γ

συγκεκριμένο νοσοκομείο			
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα		-0,1 ^γ	0,04^γ
Σχέση εργασίας			0,03^α
Μόνιμος	7,8	3,6	
Συμβασιούχος/αορίστου	9,7	4,4	
Διοικητική βαθμίδα			0,6 ^α
Υπάλληλος	8,1	3,8	
Προϊστάμενος/διευθυντής	7,6	4,1	
Αριθμός ατόμων στους οποίους προσφέρονται υπηρεσίες		-0,2 ^γ	0,01^γ
Αριθμός νυχτερινών βαρδιών/μήνα		0 ^γ	0,7 ^γ
Αριθμός απογευματινών βαρδιών/μήνα		0 ^γ	0,6 ^γ
Συναισθηματική εξάντληση		-0,25 ^β	<0,001^β
Αποπροσωποποίηση		-0,1 ^β	0,4 ^β
Προσωπικά επιτεύγματα		0,1 ^β	0,4 ^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα σε 10 ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από τον μισθό. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 12.

Πίνακας 12. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση από τον μισθό.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Συναισθηματική εξάντληση	-0,1	-0,13 έως -0,05	<0,001
Έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα	-0,3	-0,5 έως -0,1	0,004
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο	0,2	0,1 έως 0,4	0,009
Αριθμός ατόμων στους οποίους προσφέρονται υπηρεσίες	-0,04	-0,08 έως -0,01	0,023

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αυξημένη συναισθηματική εξάντληση σχετίζονταν με χαμηλότερη ικανοποίηση.
- Τα αυξημένα προσωπικά επιτεύγματα σχετίζονταν με μεγαλύτερη ικανοποίηση.
- Οι συμβασιούχοι/αορίστου χρόνου είχαν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σχέση με τους μόνιμους.
- Ο αυξημένος αριθμός ατόμων στους οποίους προσφέρονται υπηρεσίες σχετίζονταν με χαμηλότερη ικανοποίηση.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 14% της μεταβλητότητας της ικανοποίησης.

Εξαρτημένη μεταβλητή: ικανοποίηση από την προαγωγή

Στον πίνακα 13 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από την προαγωγή.

Πίνακας 13. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από την προαγωγή.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση ικανοποίηση	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,9 ^a
Άνδρες	12,5	3,7	
Γυναίκες	12,5	3,3	
Ηλικία		0 ^b	0,9 ^b
Οικογενειακή κατάσταση			0,8 ^a
Έγγαμοι	12,5	3,4	
Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	12,6	3,2	
Παιδιά			0,5 ^a
Όχι	12,2	3,1	
Ναι	12,6	3,4	
Μηνιαίο ατομικό εισόδημα		-0,2 ^y	0,01^y
Μορφωτικό επίπεδο		-0,1 ^y	0,2 ^y
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό			0,002^a
Ναι	11,3	2,9	
Όχι	12,9	3,4	
Νοσηλευτική ειδικότητα			0,1^a
Όχι	12,8	3,4	
Ναι	12,1	3,1	
Έτη από τον πιο πρόσφατο τίτλο σπουδών		-0,2 ^y	0,05^y
Τμήμα εργασίας			0,6 ^a
Ανοιχτά	12,6	3,4	
Κλειστά	12,3	3,1	
Έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα		-0,1 ^y	0,3 ^y
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		-0,1 ^y	0,4 ^y

Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα		-0,02 ^γ	0,7 ^γ
Σχέση εργασίας			0,9 ^α
Μόνιμος	12,5	3,3	
Συμβασιούχος/αορίστου	12,5	3,2	
Διοικητική βαθμίδα			0,4 ^α
Υπάλληλος	12,6	3,4	
Προϊστάμενος/διευθυντής	11,9	2,6	
Αριθμός ατόμων στους οποίους προσφέρονται υπηρεσίες		-0,1 ^γ	0,1^γ
Αριθμός νυχτερινών βαρδιών/μήνα		-0,2 ^γ	0,003^γ
Αριθμός απογευματινών βαρδιών/μήνα		0 ^γ	0,4 ^γ
Συναισθηματική εξάντληση		0 ^β	0,6 ^β
Αποπροσωποποίηση		0 ^β	0,8 ^β
Προσωπικά επιτεύγματα		0 ^β	0,9 ^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα σε 6 ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από την προαγωγή. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 14.

Πίνακας 14. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση από την προαγωγή.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Αριθμός νυχτερινών βαρδιών/μήνα	-0,2	-0,4 έως -0,03	0,02
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό	1,8	0,8 έως 2,8	0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Ο αυξημένος αριθμός νυχτερινών βαρδιών/μήνα σχετίζονταν με χαμηλότερη ικανοποίηση από την προαγωγή.
- Οι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού είχαν χαμηλότερη ικανοποίηση από την προαγωγή.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 8% της μεταβλητότητας της ικανοποίησης από την προαγωγή.

Εξαρτημένη μεταβλητή: ικανοποίηση από την επίβλεψη

Στον πίνακα 15 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από την επίβλεψη.

Πίνακας 15. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από την επίβλεψη.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση ικανοποίηση	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,6 ^α
Ανδρες	18,8	4,5	
Γυναίκες	18,3	4,7	
Ηλικία		0 ^β	0,4 ^β
Οικογενειακή κατάσταση			0,4 ^α
Έγγαμοι	18,6	4,8	
Αγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	18,0	4,4	
Παιδιά			0,4 ^α
Όχι	17,9	4,5	
Ναι	18,5	4,7	
Μηνιαίο ατομικό εισόδημα		0 ^γ	0,5 ^γ
Μορφωτικό επίπεδο		0 ^γ	0,7 ^γ
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό			0,5 ^α
Ναι	18	5,2	
Όχι	18,5	4,5	
Νοσηλευτική ειδικότητα			0,8 ^α
Όχι	18,3	4,7	
Ναι	18,5	4,5	
Έτη από τον πιο πρόσφατο τίτλο σπουδών		0,1 ^γ	0,1^γ
Τμήμα εργασίας			0,02^α
Ανοιχτά	17,6	5	
Κλειστά	19,1	4	
Έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα		-0,1 ^γ	0,4 ^γ
Έτη προϋπηρεσίας στο		0 ^γ	0,7 ^γ

συγκεκριμένο νοσοκομείο			
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα		0,1 ^γ	0,2 ^γ
Σχέση εργασίας			0,8 ^α
Μόνιμος	18,4	4,7	
Συμβασιούχος/αορίστου	18,2	4,7	
Διοικητική βαθμίδα			0,01^α
Υπάλληλος	18,6	4,5	
Προϊστάμενος/διευθυντής	15,8	5,5	
Αριθμός ατόμων στους οποίους προσφέρονται υπηρεσίες		-0,2 ^γ	0,001^γ
Αριθμός νυχτερινών βαρδιών/μήνα		0,2 ^γ	0,001^γ
Αριθμός απογευματινών βαρδιών/μήνα		0,1 ^γ	0,2 ^γ
Συναισθηματική εξάντληση		-0,2 ^β	0,03^β
Αποπροσωποποίηση		-0,2 ^β	0,01^β
Προσωπικά επιτεύγματα		0,2 ^β	0,03^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα σε 8 ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από την επίβλεψη. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 16.

Πίνακας 16. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση από την επίβλεψη.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Αριθμός ατόμων στους οποίους προσφέρονται υπηρεσίες	-0,1	-0,2 έως -0,06	<0,001
Αριθμός νυχτερινών βαρδιών/μήνα	0,2	0,01 έως 0,5	0,041

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Ο αυξημένος αριθμός ατόμων στους οποίους προσφέρονται υπηρεσίες σχετίζονταν με χαμηλότερη ικανοποίηση από την επίβλεψη.
- Ο αυξημένος αριθμός νυχτερινών βαρδιών/μήνα σχετίζονταν με χαμηλότερη ικανοποίηση από την επίβλεψη.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 19% της μεταβλητότητας της ικανοποίησης.

Εξαρτημένη μεταβλητή: ικανοποίηση από τις πρόσθετες απολαβές

Στον πίνακα 17 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από τις πρόσθετες απολαβές.

Πίνακας 17. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από τις πρόσθετες απολαβές.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση ικανοποίηση	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,1^α
Άνδρες	9,8	3,9	
Γυναίκες	8,5	4	
Ηλικία		-0,2 ^β	0,002^β
Οικογενειακή κατάσταση			0,04^α
Έγγαμοι	8,3	3,6	
Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	9,4	4,4	
Παιδιά			0,6 ^α
Όχι	8,9	4,5	
Ναι	8,6	3,8	
Μηνιαίο ατομικό εισόδημα		-0,2 ^γ	0,03^γ
Μορφωτικό επίπεδο		0 ^γ	0,9 ^γ
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό			0,6 ^α
Ναι	8,4	4,3	
Όχι	8,8	3,9	
Νοσηλευτική ειδικότητα			0,6 ^α
Όχι	8,6	3,9	
Ναι	8,9	4,1	
Έτη από τον πιο πρόσφατο τίτλο σπουδών		-0,1 ^γ	0,5 ^γ
Τμήμα εργασίας			0,9 ^α
Ανοιχτά	8,7	4,3	
Κλειστά	8,8	3,6	
Έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα		-0,2 ^γ	0,01^γ
Έτη προϋπηρεσίας στο		-0,2 ^γ	0,02^γ

συγκεκριμένο νοσοκομείο			
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα		-0,2 ^γ	0,03^γ
Σχέση εργασίας			0,001^α
Μόνιμος	8,4	3,8	
Συμβασιούχος/αορίστου	11,3	4,5	
Διοικητική βαθμίδα			0,5 ^α
Υπάλληλος	8,8	4	
Προϊστάμενος/διευθυντής	8,2	4	
Αριθμός ατόμων στους οποίους προσφέρονται υπηρεσίες		-0,1 ^γ	0,2 ^γ
Αριθμός νυχτερινών βαρδιών/μήνα		0 ^γ	0,9 ^γ
Αριθμός απογευματινών βαρδιών/μήνα		0 ^γ	0,8 ^γ
Συναισθηματική εξάντληση		-0,2 ^β	0,02^β
Αποπροσωποποίηση		-0,1 ^β	0,1^β
Προσωπικά επιτεύγματα		0 ^β	0,9 ^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα σε 10 ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από τις πρόσθετες απολαβές. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 18.

Πίνακας 18. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση από τις πρόσθετες απολαβές.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Αποπροσωποποίηση	-0,1	-0,2 έως -0,01	0,017
Έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα	-0,3	-0,5 έως -0,1	0,001
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο	0,2	0,02 έως 0,4	0,028

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αυξημένη αποπροσωποποίηση σχετίζονταν με χαμηλότερη ικανοποίηση από τις πρόσθετες απολαβές.
- Τα αυξημένα έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα σχετίζονταν με χαμηλότερη ικανοποίηση από τις πρόσθετες απολαβές.
- Τα αυξημένα έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο σχετίζονταν με μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις πρόσθετες απολαβές.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 10% της μεταβλητότητας της ικανοποίησης από τις πρόσθετες απολαβές.

Εξαρτημένη μεταβλητή: ικανοποίηση από τις επιβραβεύσεις

Στον πίνακα 19 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από τις επιβραβεύσεις.

Πίνακας 19. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από τις επιβραβεύσεις.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση ικανοποίηση	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,5 ^a
Άνδρες	9,4	3,6	
Γυναίκες	9,9	3,8	
Ηλικία		-0,2 ^b	0,05^b
Οικογενειακή κατάσταση			0,8 ^a
Έγγαμοι	9,8	3,5	
Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	10	4,2	
Παιδιά			0,6 ^a
Όχι	9,6	3,9	
Ναι	9,9	3,8	
Μηνιαίο ατομικό εισόδημα		-0,1 ^y	0,1^y
Μορφωτικό επίπεδο		0 ^y	0,5 ^y
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό			0,9 ^a
Ναι	9,9	3,8	
Όχι	9,8	3,8	
Νοσηλευτική ειδικότητα			0,1^a
Όχι	9,5	3,7	
Ναι	10,2	3,9	
Έτη από τον πιο πρόσφατο τίτλο σπουδών		0 ^y	0,7 ^y
Τμήμα εργασίας			0,3 ^a
Ανοιχτά	9,6	4,2	
Κλειστά	10,2	3,3	
Έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα		0 ^y	0,7 ^y
Έτη προϋπηρεσίας στο		-0,1 ^y	0,2 ^y

συγκεκριμένο νοσοκομείο			
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα		0 ^γ	0,7 ^γ
Σχέση εργασίας			0,03^α
Μόνιμος	9,7	3,6	
Συμβασιούχος/αορίστου	11,5	5,1	
Διοικητική βαθμίδα			0,3 ^α
Υπάλληλος	10	3,8	
Προϊστάμενος/διευθυντής	9	4,1	
Αριθμός ατόμων στους οποίους προσφέρονται υπηρεσίες		-0,1 ^γ	0,1^γ
Αριθμός νυχτερινών βαρδιών/μήνα		0 ^γ	0,9 ^γ
Αριθμός απογευματινών βαρδιών/μήνα		0 ^γ	0,7 ^γ
Συναισθηματική εξάντληση		-0,4 ^β	<0,001^β
Αποπροσωποποίηση		-0,2 ^β	0,01^β
Προσωπικά επιτεύγματα		0,2 ^β	0,03^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα σε 8 ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από τις επιβραβεύσεις. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 20.

Πίνακας 20. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση από τις επιβραβεύσεις.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Μηνιαίο ατομικό εισόδημα	-0,7	-1,4 έως -0,01	0,048
Συναισθηματική εξάντληση	-0,14	-0,2 έως -0,11	0,018
Αριθμός ατόμων στους οποίους προσφέρονται υπηρεσίες	-0,04	-0,07 έως -0,007	0,018

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Το αυξημένο μηνιαίο ατομικό εισόδημα σχετίζονταν με χαμηλότερη ικανοποίηση από τις επιβραβεύσεις.
- Η αυξημένη συναισθηματική εξάντληση σχετίζονταν με χαμηλότερη ικανοποίηση από τις επιβραβεύσεις.
- Ο αυξημένος αριθμός ατόμων στους οποίους προσφέρονται υπηρεσίες σχετίζονταν με χαμηλότερη ικανοποίηση από τις επιβραβεύσεις.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 22% της μεταβλητότητας της ικανοποίησης από τις επιβραβεύσεις.

Εξαρτημένη μεταβλητή: ικανοποίηση από τις λειτουργικές συνθήκες

Στον πίνακα 21 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από τις λειτουργικές συνθήκες.

Πίνακας 21. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από τις λειτουργικές συνθήκες.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση ικανοποίηση	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,2 ^α
Άνδρες	11,1	3,8	
Γυναίκες	10,1	3,7	
Ηλικία		-0,2 ^β	0,003^β
Οικογενειακή κατάσταση			0,2 ^α
Έγγαμοι	10	3,7	
Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	10,7	3,8	
Παιδιά			0,8 ^α
Όχι	10,4	3,7	
Ναι	10,2	3,8	
Μηνιαίο ατομικό εισόδημα		-0,1 ^γ	0,4 ^γ
Μορφωτικό επίπεδο		0 ^γ	0,9 ^γ
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό			0,9 ^α
Ναι	10,3	3,5	
Όχι	10,2	3,8	
Νοσηλευτική ειδικότητα			0,6 ^α
Όχι	10,1	3,9	
Ναι	10,4	3,5	
Έτη από τον πιο πρόσφατο τίτλο σπουδών		0 ^γ	0,3 ^γ
Τμήμα εργασίας			0,03^α
Ανοιχτά	9,8	3,7	
Κλειστά	10,8	3,6	
Έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα		-0,2 ^γ	0,1^γ
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		-0,2 ^γ	0,01^γ

Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα		-0,2 ^γ	0,01^γ
Σχέση εργασίας			0,2 ^α
Μόνιμος	10,1	3,7	
Συμβασιούχος/αορίστου	11,1	3,6	
Διοικητική βαθμίδα			0,1^α
Υπάλληλος	10,4	3,8	
Προϊστάμενος/διευθυντής	9	2,8	
Αριθμός ατόμων στους οποίους προσφέρονται υπηρεσίες		-0,2 ^γ	0,001^γ
Αριθμός νυχτερινών βαρδιών/μήνα		0 ^γ	0,9 ^γ
Αριθμός απογευματινών βαρδιών/μήνα		0,1 ^γ	0,4 ^γ
Συναισθηματική εξάντληση		-0,4 ^β	<0,001^β
Αποπροσωποποίηση		-0,1 ^β	0,04^β
Προσωπικά επιτεύγματα		0 ^β	0,9 ^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα σε 9 ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από τις λειτουργικές συνθήκες. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 22.

Πίνακας 22. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση από τις λειτουργικές συνθήκες.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Συναισθηματική εξάντληση	-0,12	-0,2 έως -0,08	<0,001
Αριθμός ατόμων στους οποίους προσφέρονται υπηρεσίες	-0,06	-0,09 έως -0,03	0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αυξημένη συναισθηματική εξάντληση σχετίζονταν με χαμηλότερη ικανοποίηση από τις λειτουργικές συνθήκες.
- Ο αυξημένος αριθμός ατόμων στους οποίους προσφέρονται υπηρεσίες σχετίζονταν με χαμηλότερη ικανοποίηση από τις λειτουργικές συνθήκες.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 20% της μεταβλητότητας της ικανοποίησης από τις λειτουργικές συνθήκες.

Εξαρτημένη μεταβλητή: ικανοποίηση από τους συναδέλφους

Στον πίνακα 23 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από τους συναδέλφους.

Πίνακας 23. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από τους συναδέλφους.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση ικανοποίηση	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,7 ^α
Άνδρες	15,6	5,1	
Γυναίκες	16	3,7	
Ηλικία		0 ^β	0,9 ^β
Οικογενειακή κατάσταση			0,2 ^α
Έγγαμοι	16	3,9	
Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	15,7	3,9	
Παιδιά			0,04^α
Όχι	15	3,8	
Ναι	16,2	3,9	
Μηνιαίο ατομικό εισόδημα		0,1 ^γ	0,4 ^γ
Μορφωτικό επίπεδο		0 ^γ	0,5 ^γ
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό			0,2 ^α
Ναι	16,6	3,5	
Όχι	15,7	4	
Νοσηλευτική ειδικότητα			0,4 ^α
Όχι	15,8	3,9	
Ναι	16,2	3,8	
Έτη από τον πιο πρόσφατο τίτλο σπουδών		0,2 ^γ	0,03^γ
Τμήμα εργασίας			0,7 ^α
Ανοιχτά	15,8	4	
Κλειστά	16	3,8	
Έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα		0 ^γ	0,6 ^γ
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		0 ^γ	0,5 ^γ

Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα		0 ^γ	0,8 ^γ
Σχέση εργασίας			0,1^α
Μόνιμος	15,8	4	
Συμβασιούχος/αορίστου	17,3	2,9	
Διοικητική βαθμίδα			0,9 ^α
Υπάλληλος	15,9	3,8	
Προϊστάμενος/διευθυντής	16	4,6	
Αριθμός ατόμων στους οποίους προσφέρονται υπηρεσίες		-0,1 ^γ	0,3 ^γ
Αριθμός νυχτερινών βαρδιών/μήνα		0 ^γ	0,7 ^γ
Αριθμός απογευματινών βαρδιών/μήνα		-0,1 ^γ	0,1^γ
Συναισθηματική εξάντληση		-0,4 ^β	<0,001^β
Αποπροσωποποίηση		-0,3 ^β	<0,001^β
Προσωπικά επιτεύγματα		0,2 ^β	0,002^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα σε 7 ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από τους συναδέλφους. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 24.

Πίνακας 24. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση από τους συναδέλφους.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Συναισθηματική εξάντληση	-0,1	-0,2 έως -0,04	<0,001
Προσωπικά επιτεύγματα	0,1	0,004 έως 0,2	0,041

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αυξημένη συναισθηματική εξάντληση σχετίζονταν με χαμηλότερη ικανοποίηση από τους συναδέλφους.
- Τα αυξημένα προσωπικά επιτεύγματα σχετίζονταν με μεγαλύτερη ικανοποίηση από τους συναδέλφους.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 15% της μεταβλητότητας της ικανοποίησης από τους συναδέλφους.

Εξαρτημένη μεταβλητή: ικανοποίηση από την φύση της εργασίας

Στον πίνακα 25 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από την φύση της εργασίας.

Πίνακας 25. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από την φύση της εργασίας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση ικανοποίηση	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,9 ^α
Άνδρες	17,4	4,6	
Γυναίκες	17,4	4,5	
Ηλικία		-0,1 ^β	0,1^β
Οικογενειακή κατάσταση			0,6 ^α
Έγγαμοι	17,5	4,2	
Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	17,2	5,1	
Παιδιά			0,08^α
Όχι	16,4	4,6	
Ναι	17,7	4,5	
Μηνιαίο ατομικό εισόδημα		0,1 ^γ	0,1^γ
Μορφωτικό επίπεδο		0 ^γ	0,6 ^γ
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό			0,2 ^α
Ναι	18,3	4	
Όχι	17,1	4,7	
Νοσηλευτική ειδικότητα			0,3 ^α
Όχι	17,1	4,7	
Ναι	17,7	4,2	
Έτη από τον πιο πρόσφατο τίτλο σπουδών		0 ^γ	0,6 ^γ
Τμήμα εργασίας			0,5 ^α
Ανοιχτά	17,3	4,9	
Κλειστά	17,7	4,0	
Έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα		0 ^γ	0,9 ^γ
Έτη προϋπηρεσίας στο		0 ^γ	0,4 ^γ

συγκεκριμένο νοσοκομείο			
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα		0 ^γ	0,8 ^γ
Σχέση εργασίας			0,1^α
Μόνιμος	17,2	4,6	
Συμβασιούχος/αορίστου	18,6	4,2	
Διοικητική βαθμίδα			0,8 ^α
Υπάλληλος	17,4	4,6	
Προϊστάμενος/διευθυντής	17,7	4,6	
Αριθμός ατόμων στους οποίους προσφέρονται υπηρεσίες		0 ^γ	0,8 ^γ
Αριθμός νυχτερινών βαρδιών/μήνα		-0,1 ^γ	0,2 ^γ
Αριθμός απογευματινών βαρδιών/μήνα		-0,1 ^γ	0,1^γ
Συναισθηματική εξάντληση		-0,5 ^β	<0,001^β
Αποπροσωποποίηση		-0,5 ^β	<0,001^β
Προσωπικά επιτεύγματα		0,5 ^β	<0,001^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα σε 8 ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από την φύση της εργασίας. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 26.

Πίνακας 26. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση από την φύση της εργασίας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Συναισθηματική εξάντληση	-0,1	-0,2 έως -0,08	<0,001
Προσωπικά επιτεύγματα	0,3	0,2 έως 0,32	<0,001
Αποπροσωποποίηση	-0,1	-0,2 έως -0,01	0,034

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αυξημένη συναισθηματική εξάντληση σχετίζονταν με χαμηλότερη ικανοποίηση από την φύση της εργασίας.
- Τα αυξημένα προσωπικά επιτεύγματα σχετίζονταν με μεγαλύτερη ικανοποίηση από την φύση της εργασίας.
- Η αυξημένη αποπροσωποποίηση σχετίζονταν με χαμηλότερη ικανοποίηση από την φύση της εργασίας.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 44% της μεταβλητότητας της ικανοποίησης από την φύση της εργασίας.

Εξαρτημένη μεταβλητή: ικανοποίηση από την επικοινωνία

Στον πίνακα 27 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από την επικοινωνία.

Πίνακας 27. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από την επικοινωνία.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση ικανοποίηση	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,4 ^α
Άνδρες	12,2	4,1	
Γυναίκες	12,9	4,5	
Ηλικία		0 ^β	0,9 ^β
Οικογενειακή κατάσταση			0,4 ^α
Έγγαμοι	13	4,5	
Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	12,4	4,3	
Παιδιά			0,5 ^α
Όχι	12,4	4,1	
Ναι	12,9	4,6	
Μηνιαίο ατομικό εισόδημα		0 ^γ	0,9 ^γ
Μορφωτικό επίπεδο		0,1 ^γ	0,2 ^γ
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό			0,3 ^α
Ναι	13,3	4,3	
Όχι	12,6	4,5	
Νοσηλευτική ειδικότητα			0,3 ^α
Όχι	12,5	4,5	
Ναι	13,2	4,4	
Έτη από τον πιο πρόσφατο τίτλο σπουδών		0 ^γ	0,9 ^γ
Τμήμα εργασίας			0,3 ^α
Ανοιχτά	12,5	4,6	
Κλειστά	13,2	4,3	
Έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα		0 ^γ	0,7 ^γ
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		0 ^γ	0,5 ^γ

Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα		0 ^γ	0,8 ^γ
Σχέση εργασίας			0,1^α
Μόνιμος	12,6	4,5	
Συμβασιούχος/αορίστου	14,2	3,8	
Διοικητική βαθμίδα			0,4 ^α
Υπάλληλος	12,8	4,5	
Προϊστάμενος/διευθυντής	12	4,2	
Αριθμός ατόμων στους οποίους προσφέρονται υπηρεσίες		-0,1 ^γ	0,3 ^γ
Αριθμός νυχτερινών βαρδιών/μήνα		0 ^γ	0,9 ^γ
Αριθμός απογευματινών βαρδιών/μήνα		0 ^γ	0,8 ^γ
Συναισθηματική εξάντληση		-0,3 ^β	<0,001^β
Αποπροσωποποίηση		-0,3 ^β	<0,001^β
Προσωπικά επιτεύγματα		0,3 ^β	<0,001^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα σε 4 ανεξάρτητες μεταβλητές και την ικανοποίηση από την επικοινωνία. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 28.

Πίνακας 28. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση από την επικοινωνία.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Συναισθηματική εξάντληση	-0,1	-0,2 έως -0,05	<0,001
Προσωπικά επιτεύγματα	0,1	0,04 έως 0,22	0,004

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αυξημένη συναισθηματική εξάντληση σχετίζονταν με χαμηλότερη ικανοποίηση από την επικοινωνία.
- Τα αυξημένα προσωπικά επιτεύγματα σχετίζονταν με μεγαλύτερη ικανοποίηση από την επικοινωνία.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 13% της μεταβλητότητας της ικανοποίησης από την επικοινωνία.

Εξαρτημένη μεταβλητή: Συναισθηματική εξάντληση

Στον πίνακα 29 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την συναισθηματική εξάντληση.

Πίνακας 29. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την συναισθηματική εξάντληση.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση συναισθηματική εξάντληση	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,3 ^α
Άνδρες	25,3	12,7	
Γυναίκες	28	12	
Ηλικία		0,1 ^β	0,1^β
Οικογενειακή κατάσταση			0,6 ^α
Έγγαμοι	28	12	
Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	27,1	12,3	
Παιδιά			0,8 ^α
Όχι	28,1	12,6	
Ναι	27,5	11,9	
Μηνιαίο ατομικό εισόδημα		0 ^γ	0,8 ^γ
Μορφωτικό επίπεδο		-0,1 ^γ	0,1^γ
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό			<0,001^α
Ναι	22,6	10,7	
Όχι	29,4	12,2	
Νοσηλευτική ειδικότητα			0,002^α
Όχι	29,9	12,3	
Ναι	24,7	11,2	
Έτη από τον πιο πρόσφατο τίτλο σπουδών		-0,3 ^γ	0,002^γ
Τμήμα εργασίας			0,6 ^α
Ανοιχτά	28,2	12,5	
Κλειστά	27,3	11,4	
Έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα		0,1 ^γ	0,1^γ
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		0,2 ^γ	0,04^γ

Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα		0,2 ^γ	0,003^γ
Σχέση εργασίας			0,2 ^α
Μόνιμος	28,1	12,1	
Συμβασιούχος/αορίστου	24,4	12	
Διοικητική βαθμίδα			0,9 ^α
Υπάλληλος	27,8	11,9	
Προϊστάμενος/διευθυντής	27,5	13,1	
Αριθμός ατόμων στους οποίους προσφέρονται υπηρεσίες		-0,1 ^γ	0,5 ^γ
Αριθμός νυχτερινών βαρδιών/μήνα		0,03 ^γ	0,6 ^γ
Αριθμός απογευματινών βαρδιών/μήνα		0,1 ^γ	0,1^γ

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα σε 9 ανεξάρτητες μεταβλητές και την συναισθηματική εξάντληση. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 30.

Πίνακας 30. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την συναισθηματική εξάντληση.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα	0,2	0,08 έως 0,4	0,001
Απουσία μεταπτυχιακού/διδακτορικού σε σχέση με συναισθηματική εξάντληση	5,4	1,8 έως 9,1	0,004

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Ο αυξημένος αριθμός ετών προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα σχετίζονταν με μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση.
- Οι εργαζόμενοι χωρίς μεταπτυχιακό/διδακτορικό είχαν μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 9% της μεταβλητότητας της συναισθηματικής εξάντλησης.

Εξαρτημένη μεταβλητή: αποπροσωποποίηση

Στον πίνακα 31 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την αποπροσωποποίηση.

Πίνακας 31. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την αποπροσωποποίηση.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση αποπροσωποποίηση	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,4 ^α
Άνδρες	10	5,4	
Γυναίκες	8,9	6,7	
Ηλικία		-0,1 ^β	0,3 ^β
Οικογενειακή κατάσταση			0,04 ^α
Έγγαμοι	8,4	6,4	
Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	10,3	6,6	
Παιδιά			0,03 ^α
Όχι	10,7	6,4	
Ναι	8,5	6,5	
Μηνιαίο ατομικό εισόδημα		-0,1 ^γ	0,1 ^γ
Μορφωτικό επίπεδο		0 ^γ	0,8 ^γ
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό			0,01 ^α
Ναι	7,2	6,4	
Όχι	9,7	6,5	
Νοσηλευτική ειδικότητα			0,5 ^α
Όχι	9,4	6,2	
Ναι	8,7	7	
Έτη από τον πιο πρόσφατο τίτλο σπουδών		-0,1 ^γ	0,3 ^γ
Τμήμα εργασίας			0,4 ^α
Ανοιχτά	9,5	6,9	
Κλειστά	8,6	6,1	
Έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα		-0,1 ^γ	0,3 ^γ
Έτη προϋπηρεσίας στο		-0,1 ^γ	0,3 ^γ

συγκεκριμένο νοσοκομείο			
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα		0 ^γ	0,5 ^γ
Σχέση εργασίας			0,8 ^α
Μόνιμος	9	6,5	
Συμβασιούχος/αορίστου	9,5	7	
Διοικητική βαθμίδα			0,1^α
Υπάλληλος	9,3	6,6	
Προϊστάμενος/διευθυντής	7,2	5,1	
Αριθμός ατόμων στους οποίους προσφέρονται υπηρεσίες		0 ^γ	0,9 ^γ
Αριθμός νυχτερινών βαρδιών/μήνα		0,1 ^γ	0,1^γ
Αριθμός απογευματινών βαρδιών/μήνα		0,2 ^γ	0,003^γ

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα σε 9 ανεξάρτητες μεταβλητές και την αποπροσωποποίηση. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 32.

Πίνακας 32. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την αποπροσωποποίηση.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Αριθμός απογευματινών βαρδιών/μήνα	0,2	0,03 έως 0,47	0,024
Απουσία μεταπτυχιακού/διδακτορικού σε σχέση με κατοχή	2,2	0,2 έως 4,1	0,04

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Ο αυξημένος αριθμός απογευματινών βαρδιών/μήνα σχετίζονταν με μεγαλύτερη αποπροσωποποίηση.
- Οι εργαζόμενοι χωρίς μεταπτυχιακό/διδακτορικό είχαν μεγαλύτερη αποπροσωποποίηση.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 6% της μεταβλητότητας της αποπροσωποποίησης.

Εξαρτημένη μεταβλητή: προσωπικά επιτεύγματα

Στον πίνακα 33 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τα προσωπικά επιτεύγματα.

Πίνακας 33. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τα προσωπικά επιτεύγματα.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση τιμή για τα προσωπικά επιτεύγματα	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,2 ^α
Άνδρες	34,2	5,8	
Γυναίκες	36	6,9	
Ηλικία		0,1 ^β	0,4 ^β
Οικογενειακή κατάσταση			0,06^α
Έγγαμοι	36,5	6,7	
Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	34,6	6,7	
Παιδιά			0,01^α
Όχι	33,8	6,4	
Ναι	36,5	6,7	
Μηνιαίο ατομικό εισόδημα		0,2 ^γ	0,02^γ
Μορφωτικό επίπεδο		0 ^γ	0,6 ^γ
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό			0,04^α
Ναι	37,2	5,5	
Όχι	35,3	7,1	
Νοσηλευτική ειδικότητα			0,1^α
Όχι	35,1	7,4	
Ναι	36,7	5,7	
Έτη από τον πιο πρόσφατο τίτλο σπουδών		0 ^γ	0,6 ^γ
Τμήμα εργασίας			0,9 ^α
Ανοιχτά	36	6,8	
Κλειστά	36	6,5	
Έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα		0,2 ^γ	0,003^γ
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		0,2 ^γ	0,01^γ

Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα		0,1 ^γ	0,1^γ
Σχέση εργασίας			0,6 ^α
Μόνιμος	35,7	6,8	
Συμβασιούχος/αορίστου	36,5	6,5	
Διοικητική βαθμίδα			0,2 ^α
Υπάλληλος	35,6	6,8	
Προϊστάμενος/διευθυντής	37,6	6,1	
Αριθμός ατόμων στους οποίους προσφέρονται υπηρεσίες		0 ^γ	0,8 ^γ
Αριθμός νυχτερινών βαρδιών/μήνα		-0,2 ^γ	0,02^γ
Αριθμός απογευματινών βαρδιών/μήνα		-0,2 ^γ	0,01^γ

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα σε 9 ανεξάρτητες μεταβλητές και τα προσωπικά επιτεύγματα. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 34.

Πίνακας 34. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τα προσωπικά επιτεύγματα.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Παιδιά σε σχέση με απουσία παιδιών	0,2	0,003 έως 0,39	0,047
Αριθμός νυχτερινών βαρδιών/μήνα	-0,3	-0,6 έως -0,03	0,032

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Ο αυξημένος αριθμός νυχτερινών βαρδιών/μήνα σχετίζονταν με λιγότερα προσωπικά επιτεύγματα.
- Οι εργαζόμενοι με παιδιά είχαν περισσότερα προσωπικά επιτεύγματα.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 4% της μεταβλητότητας των προσωπικών επιτευγμάτων.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν μέτρια προς υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης όπως έχουν καταγραφεί και αναλυθεί σε πολλές προηγούμενες έρευνες στις οποίες τα επίπεδα κυμαίνονται από μέτρια έως υψηλά σε διαφορετικούς νοσηλευτικούς τομείς στον διεθνή και ελλαδικό χώρο (Chen Z. et al., 2019; Monsalve-Reyes et al., 2018; Γεωργοπούλου, 2018; Van Bogaert et al., 2017; Μπουγέα και συν., 2015; Λερίδης και Κουστέλιος, 2013; Δουβανάς και συν., 2011; Νούλα και συν., 2010; Πατπά και συν., 2008; Piko BP., 2006).

Η σύγκριση των παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης έδειξε υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης.

Στην παρούσα έρευνα προέκυψαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τους παράγοντες της επαγγελματικής ικανοποίησης και τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης:

- Η αυξημένη Συναισθηματική Εξάντληση(ΣΕ) σχετίστηκε περισσότερο με τους εργαζόμενους με τα περισσότερα έτη εργασίας στο ίδιο τμήμα, με όσους δεν έχουν μεταπτυχιακό/διδακτορικό τίτλο σπουδών. Επίσης σχετίστηκε με χαμηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση και συγκεκριμένα με τις διαστάσεις Λειτουργικές συνθήκες, Επιβραβεύσεις, Συναδέλφοι, Φύση της Εργασίας, Επικοινωνία.
- Τα αυξημένα Προσωπικά Επιτεύγματα(ΠΕ) σχετίστηκαν με τους εργαζόμενους που έχουν παιδιά, με μεγαλύτερη συνολική ικανοποίηση και συγκεκριμένα με τις διαστάσεις Επικοινωνία, Φύση της Εργασίας, Συναδέλφοι, ενώ τα χαμηλά Προσωπικά Επιτεύγματα σχετίστηκαν με τις αυξημένες νυχτερινές βάρδιες/μήνα.
- Η αυξημένη Αποπροσωποποίηση(Α) σχετίστηκε με εργαζόμενους που δεν έχουν μεταπτυχιακό/διδακτορικό τίτλο, με όσους έχουν αυξημένες απογευματινές βάρδιες/μήνα, και με χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, συγκεκριμένα με τις διαστάσεις Πρόσθετες Απολαβές, Φύση της Εργασίας.

Σε σχετική έρευνα των Μπουγέα και συν.(2015) τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια στις συσχετίσεις, η ΣΕ σχετίστηκε θετικά με τις εργασιακές απαιτήσεις και το ψυχοσωματικό στρες και αρνητικά με την υποστήριξη από τους συναδέλφους και τους ανωτέρους. Η έλλειψη ΠΕ είχε σημαντική συσχέτιση με την κατάθλιψη και την έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία. Η Α είχε αρνητικά σημαντική συσχέτιση με την υποστήριξη από τους ανωτέρους.

- Σχετικά με την Επαγγελματική Ικανοποίηση βρέθηκε ότι είχαν μεγαλύτερη συνολική ικανοποίηση οι συμβασιούχοι/αορίστου χρόνου σε σχέση με τους μόνιμους.
- Οι εργαζόμενοι με αυξημένα έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο βρέθηκαν να είχαν μεγαλύτερη ικανοποίηση συγκεκριμένα με τη διάσταση Πρόσθετες Απολαβές.
- Χαμηλότερη ικανοποίηση παρουσίασαν οι εργαζόμενοι που προσφέρουν υπηρεσίες σε αυξημένο αριθμό ατόμων/ βάρδια και συγκεκριμένα με τις διαστάσεις Επίβλεψη, Επιβραβεύσεις.
- Όσοι εργάζονται πολλές νυχτερινές βάρδιες/μήνα σχετίζονταν με χαμηλότερη ικανοποίηση από την Προαγωγή και την Επίβλεψη.
- Όσοι έχουν αυξημένο μηνιαίο ατομικό εισόδημα σχετίζονταν με χαμηλότερη ικανοποίηση από τις Επιβραβεύσεις.
- Οι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού είχαν χαμηλότερη ικανοποίηση από την Προαγωγή.

Διάφοροι παράγοντες εξετάζονται για την επίδραση στο σύνδρομο burnout των νοσηλευτών και κατ'επέκταση στη δυσαρέσκεια από την εργασία τους όπως είναι το εύρος και η σταθερότητα του κιρκάδιου ρυθμού και του εργασιακού στρες που βιώνουν όσοι εργάζονται σε κυκλικό ωράριο. Στην έρευνα των Bagheri-Hosseiniabadi M. et al. (2019) βρέθηκαν νοσηλευτές ευάλωτοι στο σύνδρομο burnout και την επαγγελματική δυσαρέσκεια τα οποία συνδέθηκαν στενά με αναζήτηση ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο εργασίας. Στη μελέτη των Chen Z. et al. (2019) βρέθηκε ότι η κατοικία, το επάγγελμα του νοσηλευτή, οι υπερωρίες, η χαμηλή αυτοεκτίμηση ποιότητας ήταν παράγοντες πρόβλεψης συναισθηματικής εξάντλησης. Η κατοικία, το επάγγελμα του ερευνητή, η χαμηλή αυτο-αξιολογούμενη υγεία, η χαμηλή αυτοαξιολόγηση QoL και οι κακοί συνεργάτες ήταν προγνωστικοί παράγοντες της αποπροσωποποίησης. Η ηλικία, το να είσαι γιατρός ή νοσηλευτής, η χαμηλή αυτοαξιολόγηση της υγείας και οι χαμηλές αυτοεκτιμούμενες διαπροσωπικές σχέσεις ήταν παράγοντες που προκάλεσαν χαμηλά προσωπικά επιτεύγματα.

Οι συνέπειες της εξάντλησης εκτός του προσωπικού επιπέδου(κούραση, ανικανότητα, ανεπάρκεια, απομόνωση) επεκτείνονται στην παρεχόμενη φροντίδα(αύξηση των ιατρικών σφαλμάτων, της πιθανότητας εμπλοκής σε αδίκημα αμέλειας), στην αύξηση του κυκλικού ωραρίου, στη χαμηλή απόδοση εργασίας και σε απειλές για την ασφάλεια των ασθενών. Μεταξύ των νοσηλευτών τα υψηλότερα

επίπεδα burnout σχετίζονται με υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και διάδοσης ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Η εξάντληση οδηγεί σε αυξημένες τάσεις αποχώρησης από την εργασία. Το σύνδρομο είναι διαδεδομένο σε νοσοκομεία των ΗΠΑ με υψηλή αναλογία ασθενών:νοσηλευτή και μεταξύ νεότερων εγγεγραμμένων νοσηλευτών(Bakhamis L. et al.,2019; Reith P.T.,2018; Hall H.L., et al.,2016).

Επίσης οι έρευνες επικεντρώνονται σε στρατηγικές για την πρόληψη του συνδρόμου και σε παρεμβάσεις για τη μείωση της εξάντλησης. Στην αντίστοιχη έρευνα των Sidney Medeiros de Oliveira et al. (2019) οι παρεμβάσεις που έφεραν βελτιωτικά αποτελέσματα αφορούσαν τους εξής τομείς: συστηματική εποπτεία νοσηλευτικής, βασική νοσηλευτική φροντίδα, πρόγραμμα κατάρτισης. Στην ίδια εργασία επισημαίνεται ότι η ανταγωνιστικότητα στην εργασία είναι η κύρια αιτία άγχους στην εργασία. Σύμφωνα με στατιστικές ένας στους πέντε ανθρώπους μπορεί να υποφέρει από κάποια μορφή ψυχικής υγείας κατά την εργασία. Προβλήματα όπως αυτά έχουν άμεσο αντίκτυπο στην παραγωγικότητα των εργαζομένων, προκαλώντας απουσίες, κόπωση και μείωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών.

Η μελέτη των Khamisa N. et al.(2015) εντόπισε τη σχέση ανάμεσα στο εργασιακό άγχος, την εξάντληση, την ικανοποίηση από την εργασία και τη γενική υγεία των νοσηλευτών. Τα θέματα προσωπικού συνδέονται καλύτερα με την επαγγελματική εξουθένωση καθώς και την ικανοποίηση από την εργασία. Το burnout εξήγησε το υψηλότερο ποσοστό διακύμανσης στην ψυχική υγεία των νοσοκόμων. Αυτά είναι γνωστό ότι θέτουν σε κίνδυνο την παραγωγικότητα και την απόδοση, καθώς και επηρεάζουν την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών. Θέματα, όπως οι κίνδυνοι ασφαλείας στον χώρο εργασίας, επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία και την ανοικτή πρόσβαση στην υγεία.

Οι τρεις κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία στη μελέτη των Newman K. et al.(2002) ήταν οι ασθενείς, τα εγγενή χαρακτηριστικά της νοσηλευτικής και της νοσηλευτικής ομάδας. Οι δύο κύριες πηγές δυσaráσκειας ήταν η έλλειψη προσωπικού και η κακή διαχείριση, ενώ μεταξύ των στρατηγικών διαχείρισης των νοσηλευτών, η βελτίωση των συνθηκών εργασίας ήταν πιο σημαντική από την αύξηση των αμοιβών. Για την πρόσληψη και τη διατήρηση, η βελτίωση της εικόνας και της φήμης του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και η βελτίωση της ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής αποτελούσαν προϋπόθεση για την επίτευξη του απαιτητικού στόχου για επιπλέον 20.000 νοσηλευτές στις αίθουσες μέχρι το 2004. Η μελέτη του Piko BF(2006) διερεύνησε το burnout ως αποτέλεσμα παρατεταμένης αντίδρασης στο χρόνιο εργασιακό άγχος που προκαλεί συγκρούσεις ρόλων, δυσaráσκεια στην εργασία και

σημαντικές αλλαγές στη συμπεριφορά και την υγεία. Επίσης διαπιστώθηκε ότι η συναισθηματική εξάντληση σχετίζεται στενά με τη δυσαρέσκεια από την εργασία, η σύγκρουση ρόλων συνέβαλε θετικά στη συναισθηματική εξάντληση και στην αποπροσωποποίηση. Υπάρχει αλληλεξάρτηση μεταξύ του συνδρόμου burnout, της σύγκρουσης ρόλων, της ικανοποίησης από την εργασία και της ψυχοσωματικής υγείας συμμετεχόντων στην έρευνα.

Η παρούσα μελέτη έδειξε μειωμένη ικανοποίηση από τις λειτουργικές συνθήκες, τον μισθό, τις πρόσθετες απολαβές και τις επιβραβεύσεις αποτελέσματα που συμφωνούν με τη βιβλιογραφία. Σε σχετική έρευνα των Γώγου και Πετσετάκη (2011) οι αμοιβές, ο αυξημένος φόρτος εργασίας, ο περιορισμός της αυτονομίας, της εκπαίδευσης και της αναγνώρισης από τη διοίκηση αυξάνουν τη δυσαρέσκεια του νοσηλευτικού προσωπικού. Σε σχετική έρευνα των Τσουβαλιτζίδου, Αλεξόπουλου και συν.(2011) με θέμα το επαγγελματικό στρες, εργασιακή ικανοποίηση και ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας νοσηλευτικού προσωπικού στο νομό Αχαΐας στην οποία συμμετείχαν νοσηλευτές(500) από τα πέντε νοσοκομεία του νομού βρέθηκε ότι οι χαμηλές μηνιαίες απολαβές επηρεάζουν αρνητικά την επαγγελματική ικανοποίηση και μειώνουν την επιθυμία για εργασία και προσφορά. Επίσης αναδείχθηκε ότι οι νοσηλευτές υποστηρίζουν τους μεγαλύτερους σε ηλικία συνδέλφους τους με περισσότερα χρόνια εργασίας και όσους έχουν παιδιά.

Όπως προέκυψε από την παρούσα έρευνα ο αυξημένος αριθμός ατόμων/βάρδια στους οποίους προσφέρονται υπηρεσίες σχετίστηκε με χαμηλότερη συνολική ικανοποίηση και ειδικότερα από τις λειτουργικές συνθήκες, τις επιβραβεύσεις, τον μισθό, τις σχέσεις με τον προϊστάμενο. Σε έρευνα των Αναγνωστοπούλου, Τσιμητρέα και συν. (2012) που πραγματοποιήθηκε σε εργαζόμενους νοσηλευτές σε ελληνικό επαρχιακό πανεπιστημιακό νοσοκομείο διαπιστώθηκε παρόμοιο εύρημα: το πρωινό ωράριο είχε θετική συσχέτιση με την επαγγελματική ικανοποίηση έναντι του κυκλικού του οποίου η ελλιπής στελέχωση και η ασάφεια του καθηκοντολογίου συντέλεσαν στην καταγραφόμενη δυσαρέσκεια από τον αυξημένο φόρτο εργασίας. Στην ίδια μελέτη καταγράφηκε δυσαρέσκεια για τους παράγοντες Αμοιβές, Φόρτος εργασίας, Συνθήκες, Πρόγραμμα, Ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης και οριακή ικανοποίηση για τους Συνεργάτες. Ενώ στη μελέτη των Πέλεχα και Αντωνιάδη(2013) όπου συγκρίνεται η ικανοποίηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε δυο ελληνικά επαρχιακά γενικά νοσοκομεία το δείγμα των ερωτηθέντων συνολικά συγκέντρωσε περισσότερες θετικές απαντήσεις για τους Συνεργάτες(συνύπαρξη και συνεργασία με τους συναδέλφους) και τη Φύση της εργασίας. Ακολουθεί η συμπεριφορά του προϊστάμενου(γνώσεις και διαχειριστικές ικανότητες), ενώ

διαπιστώθηκε υψηλή δυσaréσκεια από τις ευκαιρίες προαγωγής και αυξήσεων, το γενικό επίπεδο επικοινωνίας και διαδικασιών εντός νοσοκομείου και χαμηλή έως ανύπαρκτη εργασιακή ικανοποίηση από τις αποδοχές (μισθός) και τις πρόσθετες παροχές.

Ομοίως η παρούσα μελέτη συμφωνεί με την αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση από τη φύση εργασίας, ενώ καταγράφηκε μέτρια ικανοποίηση σχετικά με τους συναδέλφους, την Επικοινωνία και την Προαγωγή. Σχετικό αποτέλεσμα έδειξε η μελέτη των Γραμματικόπουλου και συν.(2018) αναφορικά με υψηλή ικανοποίηση από τη φύση της εργασίας και την επικοινωνία σε επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ όπου συμμετείχε και νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ βρέθηκε ακόμη υψηλότερη ικανοποίηση από τις σχέσεις με τους συναδέλφους και χαμηλή ικανοποίηση από τις μισθολογικές απολαβές και τις δυνατότητες προαγωγής μέσα από την εργασία.

Στην παρούσα έρευνα οι δυνατότητες προαγωγής στην εργασία και η επίβλεψη (αρμοδιότητες και σχέσεις με τον προϊστάμενο) έδωσαν χαμηλότερη ικανοποίηση σε όσους έχουν αυξημένο αριθμό νυχτερινών βαρδιών/μήνα. Οι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού είχαν χαμηλότερη ικανοποίηση από την Προαγωγή.

Στη μελέτη των Ποζουκίδου, Θεοδώρου και Καϊτελίδου(2007) για την επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού δημόσιου γενικού νοσοκομείου βρέθηκε ότι ποσοστό 51,1% του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν δυσαρεστημένοι κατά πρώτον από τη μη αναγνώριση της προσφοράς του και κατά δεύτερον από τις συνθήκες εργασίας του(κτιριακές υποδομές, εξοπλισμός).

Παρόμοια αποτελέσματα καταγράφηκαν και στη μελέτη των Λαμπράκη, Βλασιάδη και συν. (2016) σχετικά με την δυσaréσκεια του νοσηλευτικού προσωπικού από το ύψος των αποδοχών, τις δύσκολες συνθήκες εργασίας, τη μη αναγνώριση της προσφοράς και την έλλειψη προοπτικών εξέλιξης στο νοσοκομείο. Από τους ερωτηθέντες ποσοστό 69,2% δήλωσε γενικά ευχαριστημένο από το επάγγελμά του σχετικά με τη σχέση του με τους ασθενείς, τη σχέση των νοσηλευτών με άλλους επαγγελματίες υγείας και το ιδιαίτερο αντικείμενο της εργασίας.

Στην ίδια παραπάνω έρευνα η ηλικία και τα χρόνια προϋπηρεσίας έχουν θετική συσχέτιση με την επαγγελματική ικανοποίηση, ενώ σε άλλες μελέτες (Σακελλαρόπουλος, 2006) βρέθηκε ότι η ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας δρουν αρνητικά και σχετίζονται με συναισθηματική εξάντληση πράγμα που διαπιστώθηκε και στην παρούσα έρευνα: ο αυξημένος αριθμός ετών προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα (MT13,6) σχετίστηκε με μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση

και τα αυξημένα έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα (M.T.22,3) σχετίστηκαν με χαμηλότερη ικανοποίηση από τις πρόσθετες αμοιβές.

Το εύρημα της παρούσης μελέτης, αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση αναφορικά με την Επίβλεψη(σχέση με τον προϊστάμενο) συμφωνεί με το εύρημα των ερευνών της Γκλάρα(2018) και των Μέτσιου και συν. (2019) για την επαγγελματική ικανοποίηση και στάση απέναντι στις συγκρούσεις των επαγγελματιών υγείας(νοσηλευτικό προσωπικό 29,7%) όπου καταγράφηκε συνολικά μεγαλύτερη ικανοποίηση στη διάσταση Εποπτεία- Επίβλεψη, αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης από την εργασία και των συγκρουσιακών παραγόντων. Οι εργαζόμενοι σε κυκλικό ωράριο είχαν χαμηλότερη ικανοποίηση από την εποπτεία-επίβλεψη σε σχέση με όσους δεν εργάζονται σε κυκλικό ωράριο, εύρημα παρόμοιο με αυτό της παρούσας μελέτης: ο αυξημένος αριθμός νυχτερινών βαρδιών/μήνα σχετίστηκαν με χαμηλότερη ικανοποίηση από τον παράγοντα Επίβλεψη.

Περιορισμοί έρευνας

Στη συγκεκριμένη έρευνα υπήρχαν κάποιοι περιορισμοί. Το συνολικό τελικό χρονικό διάστημα που πραγματοποιήθηκε η έρευνα ήταν από τον Φεβρουάριο 2020 έως τον Μάρτιο 2020. Υπήρξε αδυναμία να συλλεχθούν τα ερωτηματολόγια ειδικά από τα τμήματα που λειτούργησαν εξ αρχής της εφαρμογής των μέτρων ως κλινικές υποδοχής ασθενών με covid-19 και ακολούθως από τα υπόλοιπα νοσηλευτικά τμήματα καθώς περιορίστηκαν κατά πολύ οι μετακινήσεις του προσωπικού εντός νοσοκομείου προς αποφυγή διασποράς. Σε αυτό το χρονικό διάστημα ένα ποσοστό εργαζομένων απουσίαζε ανά διαστήματα, διαφοροποιώντας το δείγμα της έρευνας. Γίνεται κατανοητό πως δεν μπορούσε να συμμετάσχει στην έρευνα το σύνολο των εργαζομένων της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας λόγω προγραμματισμένων αδειών, πιθανών αναρρωτικών αδειών, αδειών τοκετού ή λοχείας κ.τ.λ. Ακόμα το γεγονός πως στην έρευνα συμμετείχαν νοσηλευτές που εργάζονται σε τμήματα που δεν έρχονται σε επαφή με ασθενείς, όπως το τμήμα της Αποστείρωσης, είναι ένας ακόμα περιορισμός της έρευνας. Η συγκεκριμένη έρευνα ασχολείται με την ικανοποίηση και την εξουθένωση των εργαζομένων στη Νοσηλευτική Υπηρεσία, δύο έννοιες που σχετίζονται σημαντικά με την αλληλεπίδραση με τους ασθενείς. Τέλος ένας άλλος περιορισμός ήταν η μικρή αντιπροσώπευση από κάποια τμήματα (πχ. ο μικρός αριθμός συμμετοχής των μαιών οπότε προσμετρήθηκαν με τους νοσηλευτές) δεν επέτρεψε τη σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ τους και τη συμβολή και ανάδειξη των δικών τους χαρακτηριστικών στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης και της επαγγελματικής ικανοποίησης, όπως αναφέρονται στη βιβλιογραφία.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το σύνδρομο να αναγνωρίζεται έγκαιρα είτε από τον ίδιο τον εργαζόμενο, είτε από την υπηρεσία η οποία πρέπει να υποστηρίξει αποτελεσματικά τον υπάλληλο της. Μέτρα που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στον περιορισμό του συνδρόμου και τον μετριασμό των αρνητικών συναισθημάτων από την πλευρά της Διοίκησης είναι τα ακόλουθα:

Να απομακρύνει το νοσηλευτή από το συγκεκριμένο τμήμα ή και από την εργασία για αρκετό διάστημα.

Να υποστηρίξει τον εργαζόμενο με ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης και ατομικής συμβουλευτικής εποπτείας στο χώρο εργασίας, να επαναπροσδιορίσει τα κίνητρα, τις προσδοκίες και τους στόχους του.

Να γίνει επανεκτίμηση των τρόπων εξακρίβωσης συγκεκριμένων πηγών στρες.

Να καθορίσει με σαφήνεια τα καθήκοντα του εργαζόμενου.

Να δημιουργήσει ευχάριστο εργασιακό περιβάλλον με τον απαραίτητο εξοπλισμό που διευκολύνει τη διεξαγωγή των νοσηλευτικών πράξεων και συμβάλει στην ποιοτική απόδοση.

Παροχή συνεχιζόμενης επιμόρφωσης για το σωστό χειρισμό των ασθενών, την πρόληψη μυοσκελετικών και άλλων παθήσεων.

Ενίσχυση κινήτρων με τη διευκόλυνση παροχής αδείας όταν ο εργαζόμενος την αιτείται, αντικειμενική αξιολόγηση των υπαλλήλων, επιπρόσθετες παροχές ανάλογα την παραγωγικότητα.

Διευκόλυνση και ενθάρρυνση συμμετοχής των νοσηλευτών σε εκπαιδευτικά σεμινάρια, συνέδρια ενδοϋπηρεσιακής επιμόρφωσης και εκτός αυτής, καθώς και σε ερευνητικά προγράμματα με ισότιμες δυνατότητες συμμετοχής.

Εκπαίδευση των νοσηλευτών από επαγγελματίες υγείας σε τεχνικές χαλάρωσης, ελέγχου του στρες, αυτοελέγχου και αναζήτησης της κατάλληλης βοήθειας.

Δημιουργία συναισθηματικού υποστηρικτικού κλίματος για το προσωπικό.

Διατήρηση καλών διαπροσωπικών σχέσεων. Ισότιμη ανάπτυξη δραστηριοτήτων

μεταξύ του προσωπικού με σκοπό την αύξηση του ενδιαφέροντος και της συνεργασίας.

Να αναπτύξει τη λειτουργία της Διασυνδετικής/Συμβουλευτικής Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας, για τη συστηματική επιστημονική υποστήριξη όλων των παραπάνω.

Παρότρυνση και ενίσχυση των νοσηλευτών στην ενεργή συμμετοχή στον καθορισμό των στόχων του νοσηλευτικού τμήματος, του οργανισμού, σε νοσηλευτικούς φορείς και συλλόγους και στα κέντρα λήψης αποφάσεων.

Η παρούσα έρευνα αισιοδοξεί να δώσει το έναυσμα για περαιτέρω διασταυρούμενες μελέτες για τη σχέση μεταξύ της ασφάλειας των ασθενών, της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών, της ικανοποίησης των νοσηλευτών, της ποιότητας της νοσηλείας, της ικανοποίησης των ασθενών και των συνθηκών εργασίας των νοσηλευτών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ένα μεγάλο ψυχοκοινωνικό πρόβλημα και προκαλεί ανησυχίες από πλευράς ερευνητών και λόγω της σοβαρότητας των επιπτώσεών του σε ατομικό και οργανωτικό επίπεδο.

Οι νοσηλευτές έχουν την ανάγκη να εμπλέκονται με δραστηριότητες που γνωρίζουν καλά, γιατί αναδεικνύουν τις δεξιότητές τους, δείχνουν ενεργητικότητα, αφοσίωση και εμπιστοσύνη.

Ένα νοσοκομείο είναι πιο παραγωγικό όταν εργάζονται σ' αυτό ικανοί νοσηλευτές που έρχονται σε άμεση επαφή – σχέση με τις αισθήσεις του ασθενή. Ο ασθενής ικανοποιείται από τη σχέση του νοσηλευτικού προσωπικού και τους τμήματος .

Η υποστήριξη, η αναγνώριση και η συνεργασία είναι εστία της αποτελεσματικής εργασίας και των επιτευγμάτων. Συνεπώς προάγουν την ευημερία, την επαγγελματική ικανοποίηση και παρεμποδίζουν την επαγγελματική εξουθενωση.

Οι οργανισμοί πρέπει να ενσωματώνουν αξίες ως οδηγούς καθορίζοντας επίσης τους μηχανισμούς έκφρασής τους, οι οποίες να επιβεβαιώνουν ότι οι υπάλληλοι στην καθημερινή πρακτική τους κάνουν μια δουλειά με νόημα και διάρκεια.

Τη στιγμή που οι στρεσογόνοι παράγοντες στην εργασία εντείνονται, η έφοδος της επαγγελματικής εξουθένωσης είτε στην πορεία, είτε στην έκβαση της ποιότητας της φροντίδας είναι μια σπουδαία περιοχή για έρευνα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Διεθνής

1. "World Health Assembly Update, 25 May 2019" (*Press release*). Geneva, Switzerland: WHO. 25 May 2019.
2. "WHO"(2019) *Mental health in the workplace*. Ανάκτηση 25/3/2020 από https://www.who.int/mental_health
3. Aiken, LH, Clarke, SP, Sloane, DM, Sochalski, J, Silber, JH. (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, Oct 23 30;288(16):1987-93.
4. Aiken, LH, Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, DM., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, AM., Griffiths, P., Moreno-Casbas, MT., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, IS., Smith, HL., Kutney-Lee, A.(2012) Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. Mar 20;344:e1717.
5. AL-Hadrawi, H., Al-Biaty, D., Al-Fayyadh, S., Alzeyadi,S.(2017)The link between nurse workplace environment and patient satisfaction with nursing care services. *New Trends and Issues Proceedings on Humanities and Social Sciences*,4(2):292-299. *Selected Papers of 1st International Congress on Nursing (ICON-2017)*, Turkey, 16-18 March 2017.
6. Ariely, D., Duke, JB., Lanire, WL.(2015) Disturbing Trends in Physician Burnout and Satisfaction With Work- Life Balance. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12):1593-1596.
7. Aziri, B. (2011). Job satisfaction: A literature review. *Management research and practice*, 3(4), 77-86.
8. Bagheri-Hosseiniabadi, M., Ebrahimi, MH., Khanjani, N., Biganeh, J., Mohammadi,S., Abdolahfard, M. (2019)The effects of amplitude and stability of circadian rhythm and occupational stress on burnout syndrome and job dissatisfaction among irregular shift working nurses.*JCN*, doi.org/10.1111/jocn.14778.
9. Bakhamis, L., Paul III, D P.,Smith,H., Coustasse, A.(2019). The Burnout Syndrome in Hospital Registered Nurses.*The Health Care Manager*, 38(1):3-10.
10. Cañadas-de la Fuente, GA., Albendín-García, L., R Cañadas, G., San Luis-Costas, C., Ortega-Campos, E., de la Fuente-Solana, EI. (2018) Nurse burnout in critical care units and emergency departments: intensity and associated factors. *Emergencias*, 30(5):328-331.
11. Cañadas-De la Fuente, GA.,Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, GR., De la Fuente, EI. (2015)Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession *International Journal of Nursing Studies*, 52(1): 240-249.
12. Carayon, P., Alvarado, CJ.(2007) Systems Engineering Initiative for Patient Safety Workload and patient safety among critical care nurses. *Crit Care Nurs Clin North Am*, Jun19(2):121-9.
13. Chen, Z., Leng, J., Pang, Y., He, Y., Heng, F., Tang, L. (2019) Demographic, occupational, and societal features associated with burnout among medical oncology staff members: Cross-sectional results of a Cancer Center in Beijing, China. *Psychooncology*, 28(12):2365-2373.
14. Chirico, F. (2016)Job stress models for predicting burnout syndrome: a review. *Ann Ist Super Sanita*, VI. 52, No. 3:443-456.
15. Cortese, C. G., (2012). Predictors of critical care nurses' intention to leave the unit, the hospital, and the nursing profession. *Open Journal of Nursing*, 2, 311-326.
16. Czeglédi, E., Tandari-Kovács, M.(2019) Characteristics and prevention of burnout syndrome among nurses. *Orv Hetil*,160(1):12-19.

17. Deepak, Langade., Pranav, D, Modi., Yazad, F, Sidhwa., Namita, A, Hishikar., Amit, S, Gharpure., Kalpana, Wankhade., Jayshree, Langade., Kedar, Joshi (2016) Burnout Syndrome Among Medical Practitioners Across India: A Questionnaire-Based Survey. *Cureus*, 8(9):e771.
18. Europa.eu(2005)Green Paper - Improving the mental health of the population - Towards a strategy on mental health for the European Union/*COM/2005/0484 final*.
19. European Agency for Safety and Health at Work (2019) *Work-related MSDs: prevalence, costs and demographics in the EU*, EU-OSHA.Ανάκτηση 2/3/2020 από <https://osha.europa.eu/>.
20. European Agency for Safety and Health at Work(2015) *Healthy Workplaces Good Practice Awards 2014-2015.Manage Stress and psychological risks at work*, EU-OSHA. Ανάκτηση2/3/2020 από <https://osha.europa.eu/>.
21. Fessell, D., Cherniss,C. (2020) Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Beyond: Micropractices for Burnout Prevention and Emotional Wellness. *J Am Coll Radiol*, Mar 24. doi: 10.1016/j.jacr.2020.03.013.
22. Finnegan, J. (2019) *The National Academy of Medicine says healthcare must make transformative changes to address burnout*.*FierceHealthcare*.Ανάκτηση 29 Μαρτίου 2020 από <https://www.fiercehealthcare.com/>
23. Firth-Cozens, J., Mowbray, D. (2001) Leadership and the quality of care. *Quality in Health Care*,10(Suppl II):113-117.
24. Foji, S., Vejdani, M., Salehiniya, H., Khosrorad, R . (2020)The effect of emotional intelligence training on general health promotion among nurse. *J Educ Health Promot*, 9:4.
25. Fukuda, H., Ichinose, T., Kusama, T., Yoshidome, A., Anndow, K., Akiyoshi, N.Shibamoto, T. (2008)The relationship between job stress and urinary cytokines in healthy nurses: A cross-sectional study. *Biol Res Nurs*, 10:183-191.
26. Gao, YQ., Pan, BC., Sun, W., Wu, H., Wang, JN., Wang, L. (2012) Anxiety symptoms among Chinese nurses and the associated factors: a cross sectional study.*BMC Psychiatry*, 12:141.
27. Gershon, RR., Stone, PW., Zeltser, M., Faucett, J., MacDavitt, K., Chou, SS. (2007) Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review. *Ind Health*, 45:622-636.
28. Ghavidel, F., Fallahi-Khoshknab, M., Molavynejad, S., Zarea, K.(2019)The role of organizational factors in nurse burnout: Experiences from Iranian nurses working in psychiatric wards. *J Family Med Prim Care*,8(12):3893-3899.
29. Gomez, MA., Merz, NB., Eastwood, JA., Pepine, CJ., Handberg, EM., Bittner, V., Mehta, PK., Krantz, DS., Vaccarino, V., Eteiba, W., Rutledge, T. (2020) Psychological stress, cardiac symptoms, and cardiovascular risk in women with suspected ischaemia but no obstructive coronary disease. *Stress and Health*,1-10.
30. Grunfeld, E.,Whelan, TJ., Zitzelsberger, L., Willan, A R., Montesanto, B., Evans,WK. (2000) Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ*, 163 (2) 166-169.
31. Haddad, LM, Geiger, RA.(2020) Nursing Ethical Considerations. *NCBI, StatPearls Publishing*,2020 Feb 18.
32. Hall, LH., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., O'Connor, DB. (2016)Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PLoS One*,11(7):e0159015.
33. Hepworth, I., McGowan, L. (2015) Understanding the Management of People Seeking Voluntary Psychiatric Hospitalization Who Do Not Meet the Criteria for Inpatient Admission: A Qualitative Study of Mental Health Liaison Nurses Working in Accident and Emergency Departments in the North of England. *Arch of Psychiatric Nursing*,29(1): 26-32.

34. Hersey, P., Blanchard, K.H., Johnson, D.E.(2008) *Management of organizational behavior*. Upper Saddle River, NJ: Prentice hall.
35. Iakovides, A., Fountoulakis, K., Moysidou, Ch., Ierodiakonou, Ch. (1999) Burnout in nursing staff : Is there a relationship between depression and burnout? *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29(4):421-433.
36. Iakovides, A., Fountoulakis, K.N., Ierodiakonou, Ch. (1999) Is it Possible to Predict Burnout in Nursing Staff and its Possible Progression to Depression? *Primary Care Psychiatry*, 5:77- 78.
37. John-Henderson, NA., Gruman, HE., Counts, CJ., Ginty, AT.(2020) American Indian young adults display diminished cardiovascular and cortisol responses to acute psychological stress. *Psychoneuroendocrinology*,114:104583, Pubmet.
38. Katsantoni,K., Zartaloudi,A., Papageorgiou,D., Drakopoulou,M., Misouridou, E.(2019) Prevalence of Compassion Fatigue, Burn-Out and Compassion Satisfaction Among Maternity and Gynecology Care Providers in Greece. *Mater Sociomed*, 31(3): 172-176.
39. Khamisa, N., Peltzer, K., Oldenburg B.(2013) Burnout in Relation to Specific Contributing Factors and Health Outcomes among Nurses: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*,10(6): 2214–2240.
40. Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., Ilic, D. (2015) Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses.*Int J Environ Res Public Health*, 12(1):625-66.
41. Koinis, A., Giannou, V., Drantaki, V., Angelaina, S., Stratou, E., Saridi, M. (2015) The Impact of Healthcare Workers Job Environment on Their Mental-emotional Health. Coping Strategies: The Case of a Local General Hospital.*Health Psychol Res*,3(1):1984.
42. Kopelman, RE., Prottas, DJ., Davis,AL. (2008)Douglas McGregor's Theory X and theory Y:Toward a Constrct-valid Measure, *Journal of Managerial Issues*, XX(2):255-271.
43. Koreki, A., Nakagawa, A., Abe, A., Ikeuchi, H., Okubo, J., Oguri, A., et al.(2015) Mental health of Japanese psychiatrists: the relationship among level of occupational stress, satisfaction and depressive symptoms. *BMC Res Notes*, 8:96.
44. Kowalczyk, K., Krajewska-Kulak, E., Sobolewski, M.(2020) Working Excessively and Burnout Among Nurses in the Context of Sick Leaves. *Front Psychol*,11:285
45. Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E., Christensen, K.B.(2005)The Copenhagen burnout inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*,19:192-207.
46. Lawer,E.E, Porter, L.W.(1967)The effect of performance on job satisfaction. *Industrial Relations*, 7(1): 20-28.
47. Lecic-Tosevski, D., Vukovic, O., Stepanovic,J. (2011)Stress and Personality. *Psychiatriki* 22(4):290-297.
48. Locke, E.A.(1976) The nature and causes of job satisfaction. In: M.D. Dunnette (Ed.). *Hanbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago:Rand McNally, 1,1297-1343.
49. MacMillan, C.(2012) *The Effects of Physical Work Environment Satisfaction and Shared Workspace Charateristics on Employee Behaviors Toward their Organization:Using Environmental control as a Mediator* (Thesis, Master of Applied Psychology (MAppPsy)). University of Waikato, Hamilton, New Zealand.
50. Mahmoud, BA., Reisel, DW. (2014).Relating patient satisfaction to nurses' job satisfaction, job security, and obedience OCBs. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*,8(1):47-61.
51. Martinez, AJS. (2017)Implementing a Workplace Violence Simulation for Undergraduate Nursing Students: A Pilot Study. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*,55(10):39-44.
52. Maslach C (1982). *Burnout: The cost of Caring*. New Jersey, Prentice- Hall Inc.
53. Maslach, C., Jackson, S.E. (1986) *Maslach Burnout Inventory*. 2nd edition, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
54. Maslach, C., Jackson, S.E.(1981) The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2:99-113.

55. Maslach, C., Leiter, P. M. (1997) *The truth about burnout*. San Francisco. Jossey-Bass Publishers.
56. Mayra, Grava, de Moraes, Vinicius, Barroso, Hitora., Carlos, Eduardo, Lopes, Verardi. (2019) The relationship between burnout and quality of life. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 19(1):51-64, São Paulo.
57. McClelland, D.C. (1987) *Human motivation*. Cambridge University Press, USA.
58. McGowan (2001). Self-reported stress and its effects on nurses. *Nursing standard: official newspaper of the Royal College of Nursing*, 15(42):33-8.
59. McGowan, Brian. (2001) Self – reported stress and its effects on nurses. *Nurs Stand*, 15(42): 33-38.
60. McIntyre, T., Taylor, C., Bailey, M., Jones, D. (2019) Differences in the characteristics, treatment, and outcomes of patient groups reviewed by intensive care liaison nurses in Australia: A multicentre prospective study. *Aust Crit Care*, 32(5):403-409.
61. Merritt, MK., Procter, N. (2010) Conceptualising the functional role of mental health consultation-liaison nurse in multi-morbidity, using Peplau's nursing theory, 34(2):158-66.
62. Monsalve-Reyes, CS., San Luis-Costas, C., Gómez-Urquiza, JL., Albendín-García, L., Aguayo, R., Cañadas-De la Fuente, GA. (2018) Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract*, 19(1):59.
63. Newman, C., Jackson, J., Macleod, S., Eason, M. A. (2020) Survey of Stress and Burnout in Forensic Mental Health Nursing. Pubmed doi: 10.1097/JFN.0000000000000271.
64. Newman, K., Maylor, U., Chansarkar, B. (2002) "The nurse satisfaction, service quality and nurse retention chain": implications for management of recruitment and retention. *Manag Med*, 16(4-5):271-91.
65. OECD (2010) *Healthdata Database*, Version October 2010. Ανάκτηση 23/2/2020 από <https://www.oecd.org/>
66. OECD, EUROPEAN UNION (2016) *Health at a Glance: Europe 2016*, OECD/ European Union.
67. OECD.org (2019) *Greece-Country Health Profiles 2019*, ανάκτηση 23/2/2020 από <https://www.oecd.org/>
68. OECD.org (2019) *Health Statistics*, Ανάκτηση 23/2/2020 από <https://www.oecd.org/>
69. Ogińska-Bulik, N., Michalska, P. (2020) Psychological resilience and secondary traumatic stress in nurses working with terminally ill patients-The mediating role of job burnout. *Psychol Serv*, doi: 10.1037/ser0000421.
70. Otani, K., Herrmann, PA., Kurz, RS. (2011) Improving patient satisfaction in hospital care settings. *Health Serv Manage Res*, 24(4):163-169.
71. Phillips, C. (2020) Relationships between workload perception, burnout, and intent to leave among medical-surgical nurses. *Int J Evid Based Healthc*, doi: 10.1097/XEB.0000000000000220.
72. Piko, BF. (2006) Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 43(3):311-8. Epub 2005 Jun 16.
73. Pines, A. M., Aronson, E. (1988) *Career burnout: Causes nad cures*. New York: Free Press.
74. Plante, T. G., Robin, J. (1990) Physical fitness and enhanced psychological health. *Current Psychology: research and reviews*, 9, 3-24.
75. Prosser, D., Johnson, S., Kuiper, E., Dunn, G., Szmukler, G., Reid, Y., Bebbington, P., Thornicroft, G. (1997) Mental health & burnout and job satisfaction in a longitudinal study of mental health staff. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32: 398-407.
76. Rashid, Al-Abri and Amina, Al-Balushi (2014) Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement. *Oman Med J*, 29(1): 3–7.

77. Reale, M., Costantini, E., D'Angelo, C., Coppeta, L., Mangifesta, R., Jagarlapoodi, S, Di Nicola, M., Di Giampaolo, L. (2020) Network between Cytokines, Cortisol and Occupational Stress in Gas and Oilfield Workers. *Int J Mol Sci*, 21(3) Pubmed.
78. Reid, Y., Johnson, S., Morant, N., Kuiperw, E., Szmukler, G., Thornicroft, G., Bebbington, P., Prosser, D.(1999) Explanations for stress and satisfaction in mental health professionals: a qualitative study. *Soc Psychiatry psychiatr Epedemiol*, 34: 301-308.
79. Reith, P. Thomas (2018) Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review. *Cureus*,10(12): e3681.
80. Ribas, EDN., Bernardino, E., Larocca, LM., Poli Neto, P., Aued, GK., Silva, CPCD.(2018) Nurse liaison: a strategy for counter-referral. *Rev Bras Enferm*, 71(suppl 1):546-553.
81. Sarafis, P., Rousaki, E., Tsounis, A., Malliarou, M., Lahana, L., Bamidis, P., Niakas, D., Papastavrou, E. (2016)The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC Nursing*, 15:56.
82. Selye, H. (1946)The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metavolism*,6:117-230.
83. Shahana Naz, AliMadeeh Hashmi, Aftab Asif(2016) Burnout and quality of life in nurses of a tertiary care hospital in Pakistan.*Journal of the Pakistan Medical Association*, 66(5):532-536.
84. Sharrock, J., Happel,I B.(2002) The psychiatric consultation-liaison nurse: thriving in a general hospital setting. *Int J Ment Health Nurs*, 11(1):24-33.
85. Sidney Medeiros de Oliveira, Luiz Vinicius de Alcantara Sousa, Maria do Socorro Vieira Gadelha, and Vânia Barbosa do Nascimento(2019) Prevention Actions of Burnout Syndrome in Nurses: An Integrating Literature Review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*,15: 64–73.
86. Spector, P. (1997) *Job satisfaction: Application, assessment, cause and consequences*. Thousand Oaks, California: Sage.
87. Spector, PE.(1985) Measurement of Human Service Staff Satisfaction: Development of the Job Satisfaction Survey (JSS). *American Journal of Community Psychology*,13(6).
88. Spinetta, JJ., Jankovic, M., Ben Arush, MW., Eden, T., Epelman, C., Greenberg, ML., Gentils Martins, A., Mulhern, RK., Oppenheim, D., Masera, G. (2000) Guidelines for the recognition, prevention, and remediation of burnout in health care professionals participating in the care of children with cancer: report of the SIOP Working Committee on Psychosocial Issues in Pediatric Oncology. *Med Pediatr Oncol*, 35(2):122-5.
89. Stavropoulou, A., Rovithis, M., Sigala, E., Pantou, S., Koukouli, S. (2020) Greek nurses' perceptions on empathy and empathic care in the Intensive Care Unit. *Intensive Crit Care Nurs*, doi: 10.1016/j.iccn.2020.102814.
90. Tobore, TO. (2020) Towards a comprehensive theory of obesity and a healthy diet: The causal role of oxidative stress in food addiction and obesity. *Behav Brain Res*, 384:112560.Pubmed.
91. Torre, M, Santos Popper, MC., Bergesio, A.(2019) Burnout prevalence in intensive care nurses in Argentina. *Enferm Intensiva*, 30(3):108-115.
92. Trivellas, P., Reklitis, P., Platis, C.(2013) The effect of job related stress on employees' satisfaction: A survey in Health care. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 73(2013):718-726.
93. Tsounis, A., Sarafis, P.(2018) Vlidity and reliability of the Greek translation of the Job Satisfaction Survey(JSS), *BMC Psychology* 6:27.
94. Turner, Al., Smyth, N., Hall, SJ., Torres, SJ., Hussein, M., Jayasinghe, SU., Ball, K., Clow, AJ. (2020) Psychological stress reactivity and future health and disease outcomes: A systematic review of prospective evidence *Psychoneuroendocrinology*, doi: 10.1016/j.psyneuen.2020.104599.

95. Van Bogaert, P., Peremans, L., Van Heusden, D., Verspuyl, M., Kureckova, V., Van de Cruys Z., Franck, E. (2017) Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: a mixed method study. *BMC Nurs*, 16:5. doi:10.1186/s12912-016-0200-4.
96. Vidotti, V., Ribeiro, RP., Galdino, MJQ., Martins, JT. (2018) Burnout Syndrome and shift work among the nursing staff. *Rev Lat Am Enfermagem*, 26:e3022.
97. WHO (2005) *Mental health: Facing the Challenges, Building Solution. Report from the WHO European Ministerial Conference*. The Regional Office for Europe of the World Health Organization.
98. Yakimo, R., Kurlowicz, H. L., Murray B. R. (2004) Evaluation of Outcomes in Psychiatric Consultation-Liaison Nursing Practice. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18(6):215-227.
99. Yang, L., Zhao, M., Magnussen, CG., Veeranki, SP., Xi, B. (2020) Psychological distress and mortality among US adults: prospective cohort study of 330 367 individuals. *J Epidemiol Community Health*, 74(4):384-390.
100. Yongcheng, Yao., Shan, Zhao., Xia, Gao., Zhen, An., Shouying, Wang., Hongbin, Li., Yuchun, Li., Liyun, Gao., Lingeng, Lu., Ziming, Dong. (2018) General self-efficacy modifies the effect of stress on burnout in nurses with different personality types. *BMC Health Serv Res*, 18: 667.
101. Z. Chemali, F. L. Ezzeddine, B. Gelaye, M. L. Dossett, J. Salameh, M. Bizri, B. Dubale, and G. Fricchione. (2019) Burnout among healthcare providers in the complex environment of the Middle East: a systematic review. *BMC Public Health*, 19:1337.

Ελληνόγλωσση

1. Goleman, D. (2000) *Η Συναισθηματική νοημοσύνη στο χώρο της εργασίας*. Ελληνικά γράμματα, Αθήνα.
2. Αδαλή, Ε. (2000) Επαγγελματική Εξουθένωση νοσηλευτών. Έννοια, συνιστώσες, συνέπειες. *Νοσηλευτική*, 39(3):292-297.
3. Αδαλή, Ε., Λεμονίδου, Χ. (2001) Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. *Νοσηλευτική*, 40(2):15-22.
4. Αδαλή, Ε., Πριάμη, Μ., Ευαγγέλου, Ε., Υφαντή, Μ., Μούγια, Β. (2002) Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού Νοσηλευτικού προσωπικού. *Νοσηλευτική*, 41(1):105-114.
5. Αδαλή, Ε., Πριάμη, Μ., Πλατή Χ. (2000) Επίδραση δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών, στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. *Νοσηλευτική*, 39(4): 313-324.
6. Αθανασιάδης, Θ., Τσάρας, Κ., Παπαθανασίου, Ι., Λαχανά, Ε., Γκούβα, Μ., Κοτρώτσιου, Ε. (2011) Εκτίμηση εργασιακού στρες και χρήσης αλκοόλ σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 3(4): 165-172.
7. Αλεξιάς, Γ., Αναγνωστόπουλος, Φ., Πιλάτης, Ι. (2010) Επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από την εργασία του ιατρικού προσωπικού δημόσιου νοσοκομείου των Αθηνών. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 131(131):109-136.
8. Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ. (1992) Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του Ερωτηματολογίου Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών. *Ψυχολογικά Θέματα*, Σύλλογος Ελλήνων Ψυχολόγων, 5 (3):183-202.
9. Αναγνωστοπούλου, Δ., Τσιμητρέα, Ε., Χαρίση, Ε., Μουχάκη, Σ., Αργυροπούλου, Δ., Μαρνέρας, Χ., Παναϊρή, Β. (2012) Εργασιακό περιβάλλον και επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 4,(4):151-165.
10. Γελαστοπούλου, Ε. (2011) Επαγγελματικό στρες, εργασιακή ικανοποίηση και ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας νοσηλευτικού προσωπικού στο νομό Αχαΐας. *Αχαϊκή Ιατρική*, 30(2): 149-156
11. Γεωργοπούλου, Ν. (2018) *Επαγγελματική Εξουθένωση στο Νοσηλευτικό προσωπικό του Π.Γ.Ν.Π. σε συνθήκες Οικονομικής κρίσης*. Διπλωματική εργασία στο ΜΠΣ: «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
12. Γιούρντα, Α-Μ., Τουλιά, Γ. (2015) Ανάγκες συγγενών νοσηλευόμενων ασθενών σε μονάδα εντατικής θεραπείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 14(1):4-18.
13. Γκλάρα, Π. (2018) *Η Αξιολόγηση του βαθμού επαγγελματικής ικανοποίησης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στο Γ.Ν.Θ.Γ. Παπανικολάου*. Διπλωματική εργασία στο ΜΠΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
14. Γούλα, Α. (2007) *Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου*. Παπαζήση, Αθήνα.
15. Γραμματικόπουλος, Η., Ανδρέου, Γ., Ζλατάνος, Δ. (2018) *Υγεία και Εργασία*, 9(1): 39-62.
16. Γώγος, Β.Χ., Πετσετάκη, Ε. (2011) Διερεύνηση της επαγγελματικής ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού στο χώρο του νοσοκομείου. Η περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Νάουσας. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4 (4):15-34.
17. Δελιχάς, Μ., Τούκας, Δ., Σπυρούλη, Α. (2012) Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (burn-out). *Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας*, 50:5-12.
18. Δημητρόπουλος, Χ., Φιλίππου, Ν. (2008) Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5):642-647.
19. Δημουλάς, Κ., Κόλλιας, Γ., Μπαγκαβός, Χ., Τζανετάκη, Θ. (2015) *Εργασία και προβλήματα υγείας στην Ελλάδα*. ΙΝΕ ΓΕΣΕΕ, Αθήνα.
20. Δικαίος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., Χλέτσος, Μ. (1999) Βασικές αρχές Διοίκησης- Διαχείρισης (management) Υπηρεσιών Υγείας. Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
21. Δουβανάς, Α., Μπάλιου, Μ., Παντελάκη, Α., Πουσερόκη, Π., Μαρβάκη, Χ. (2011) Πιλοτική μελέτη διερεύνησης επαγγελματικής εξουθένωσης ιατρικού και

- νοσηλευτικού προσωπικού Μονάδων Εντατικής Θεραπείας παιδιατρικού νοσοκομείου. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 10(3), σελ:373-388.
22. Ευρωπαϊκή Επιτροπή Ευρωπαϊκής Ένωσης (2014) *Απασχόληση, Κοινωνικές υποθέσεις και Κοινωνική Ένταξη. Προαγωγή της ψυχικής υγείας στον χώρο εργασίας. Οδηγός για την εφαρμογή μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης*, Λουξεμβούργο.
 23. Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Υγεία και την Ασφάλεια στην Εργασία(EU-OSHA) (2014) *Υπολογίζοντας το κόστος του άγχους και των ψυχοκοινωνικών κινδύνων που συνδέονται με την εργασία*, Ανάκτηση 2/3/2020 από <https://osha.europa.eu/>
 24. Θεοδοσοπούλου, Ε., Δρόσου, Β., Κοτρώτσιου, Ε., Τζαβέλας, Γ., Αργυρούδης, Ε., Παπαθανασίου, Ι. Διερεύνηση των αιτιών και επιπτώσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές. *Προτεραιότητες και Προοπτικές της Νοσηλευτικής τον 21^ο Αιώνα. Πρακτικά του 26^{ου} Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου ΕΣΝΕ*, Κέρκυρα 1999.
 25. Θεοφίλου, Π. (2009) Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας. *ε- Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας*, 4(4):41-50.
 26. Κάντας, Α. (1998) *Κίνητρα - Επαγγελματική Ικανοποίηση - Ηγεσία*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
 27. Κάντας, Α. (1999) Επαγγελματικό Άγχος και Επαγγελματική Εξουθένωση στους Δημοσίους Υπαλλήλους. Στο: Παπαστάμου Σ., Κανελλάκη Σ., Μάντογλου Α., Σαμαρτζή Σ., Χρηστάκης Ν.(Επιμ.), *Η ψυχολογία στο σταυροδρόμι των επιστημών του ανθρώπου και της κοινωνίας*, Καστανιώτη, Αθήνα, 425-442.
 28. Καραγιάννης, Γ., Ρούπα, Ζ., Νούλα, Μ., Φαρμακάς, Α., Παπασταύρου, Ε. (2017) Η τεκμηρίωση της Ενσυναίσθησης στους φοιτητές Νοσηλευτικής και άλλων Επιστημών Υγείας: Συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 16(4):309-342.
 29. Καραγιάννης, Γ., Ρούπα, Ζ., Νούλα, Μ., Φαρμακάς, Α., Παπασταύρου, Ε. (2017) Η τεκμηρίωση της Ενσυναίσθησης στους φοιτητές Νοσηλευτικής και άλλων Επιστημών Υγείας: Συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 16(4):309-342.
 30. Καραθάνου, Α. (2007) «*Μέτρηση της ικανοποίησης από την εργασία του νοσηλευτικού προσωπικού του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ*». Διπλωματική εργασία στο ΜΠΣ Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
 31. Κατσοχειράκη, Ρ., Βλασιάδης, Κ., Φιλαλήθης, Α. (2019) Παράγοντες Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε Νοσηλευτές που εργάζονται σε Γενικό νοσοκομείο της Κρήτης. *Υγεία και Εργασία*, 10(1):23-84.
 32. Κελέση – Σταυροπούλου, Μ., Σταυροπούλου, Μ. (2010) Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού στον υγειονομικό τομέα. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 9 (3):280-307.
 33. Κοΐνης, Α., Σαρίδη, Μ. (2014) Εργασιακό στρες και η επίδρασή του στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των Επαγγελματιών Υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 13(4):300-315.
 34. Κοΐνης, Α., Σαρίδη, Μ. (2013) Το mobbing στον εργασιακό χώρο. Επιπτώσεις mobbing στο χώρο της υγείας. Ανασκοπική μελέτη. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 6(1):36-48.
 35. Κοτρώτσιου, Ε., Παραλήκας, Θ. (2002) Φροντίδα ηλικιωμένων και επαγγελματική εξουθένωση. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 1(2): 61-64.
 36. Κουράκος, Μ., Καυκιά, Θ., Ρεκλείτη, Μ., Ζυγά, Σ., Κοτρώτσιου, Ε., Γκούβα, Μ. (2012) Μελέτη ικανοποίησης από την εργασία των φροντιστών υγείας- νοσηλευτών παθολογικών κλινικών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(1):61-69.
 37. Κουτελέκος, Ι., Πολυκανδριώτη, Μ. (2007) Το σύνδρομο της Επαγγελματικής εξουθένωσης των Νοσηλευτών. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Ιανουάριος- Μάρτιος(2):1-7.
 38. Κωνσταντινίδης, Χ. (2017) *Διερεύνηση της επαγγελματικής ικανοποίησης των εκπαιδευτικών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης*. Διπλωματική εργασία στο ΜΠΣ Οργάνωση και Διοίκηση Εκπαίδευσης-Εκπαιδευτική Ηγεσία. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
 39. Λαμπράκη, Μ., Βλασιάδης, Κ., Πατεράκης, Γ., Φιλαλήθης, Α. (2016) Προσδοκίες και ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο. *Αρχές Ελληνικής Ιατρικής*, 33(4):472-478.

40. Λερίδης, Ι., Κουστέλιος, Α. (2013) Επαγγελματική Εξουθένωση επαγγελματιών υγείας νεφρολογικών μονάδων. *Νοσηλευτική* 52(4):411-418.
41. Μαλλιάρου, Μ., Καραθανάση, Κ., Σαράφης, Π. (2008) Ασφαλής Νοσηλευτική Στελέχωση: μια συστηματική ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 1(1):40-48.
42. Μαρίνου, Χ. Διερευνητική μελέτη των σχέσεων μεταξύ διεπαγγελματικής συνεργασίας, διοίκησης, στρες και επαγγελματικής ικανοποίησης των νοσηλευτών και βοηθών που εργάζονται σε ψυχιατρικές μονάδες. *Πρακτικά 19^ο Ιατρικό Συνέδριο Ενόπλων Δυνάμεων*, Θεσσαλονίκη 2000.
43. Μέτσιου, Μ., Τόσκα, Α., Μαλλιάρου, Μ., Σαρίδη, Μ., Σαράφης, Π. (2019) Επαγγελματική Ικανοποίηση και Στάση απέναντι στις Συγκρούσεις των Επαγγελματιών Υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 11(1):62-74.
44. Μητρούση, Σ., Τσιρώνη, Μ., Ζυγά, Σ. (2013) Προσαρμογή στο Στρες. Στο: Ζυγά Σ. και συν.(Επιμ.), *Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη*, Βήτα, Αθήνα, 313-326.
45. Μόττη-Στεφανίδη, Φ. (2000) Επαγγελματική Εξουθένωση ειδικού προσωπικού σχολικών μονάδων ατόμων με ειδικές ανάγκες και μελών ομάδων ιατροπαιδαγωγικών κέντρων. Στο: Καλαντζή- Αζίζι, Α., Μπεζεβέγκης, Γ. Η. (Επιμ.), *Θέματα επιμόρφωσης/ ευαισθητοποίησης στελεχών ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 95-13.
46. Μουστάκα, Ε., Αντωνιάδου, Φ., Μαλλιάρου, Μ., Ζάντζος, Ι., Κυριάκη, Κ., Κωσταντινίδης, Θ. Κ. (2010) Διερεύνηση εργασιακού στρες νοσηλευτικού προσωπικού- συγκριτική μελέτη μεταξύ νοσοκομείων πρωτεύουσας και περιφέρειας. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 3(3): (90-96).
47. Μουστάκα, Ε., Ζάντζος, Ι., Κωσταντινίδης, Θ. Κ. (2010) *Εκφάνσεις του Εργασιακού Άγχους στην Ψυχική και τη Σωματική Υγεία(έρευνα σε Νοσηλευτικό Προσωπικό)*. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών σπουδών, Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.
48. Μουστάκα, Ε., Ζάντζος, Ι., Σαράφης, Π., Μαλλιάρου, Μ., Κούβελα, Θ.-Ο. (2010) Η χαμηλή κοινωνική αναγνώριση του Νοσηλευτικού επαγγέλματος ως παράγοντας εργασιακού στρες του Νοσηλευτικού προσωπικού. *hugēia @εργασία* 1(2): 65-76.
49. Μουστάκα, Ε., Κουτής, Χ., Αλεξόπουλος, Ε., Ζάντζος, Ι., Καραδήμας, Ε. (2010) Σχέση Εργασιακού στρες και Επιπέδου Σωματικής Υγείας σε Νοσηλευτικό προσωπικό. *hugēia@εργασία* 1(2):77-90.
50. Μπακόλα, Ε., Ζυγά, Σ., Πανουτσόπουλος, Γ., Αλικάτη Β. (2015) Παρακίνηση νοσηλευτών και νοσηλευτική ηγεσία. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* Τόμος, 7(2): 58-64.
51. Μπακόλα, Ε., Ζυγά, Σ., Πανουτσόπουλος, Γ., Αλικάτη, Β. (2015) Παρακίνηση νοσηλευτών και νοσηλευτική ηγεσία. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 7,(2): 58-64.
52. Μπάτιου, Β. (2009) «Η Επαγγελματική Ικανοποίηση και η Εφαρμογή της βάσει της Θεωρίας Υγιεινής και Παρακίνησης του Frederick Herzberg. Το Παράδειγμα του Δημοσίου Τομέα- Ι.Κ.Α., Ο.Α.Ε.Δ., Σ.Ε.Ε.». Διπλωματική εργασία στο ΠΜΣ στη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση στο τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
53. Μπελλάλη, Θ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Καλαφάτη, Μ., Νιάκας, Δ. (2007) Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών. *Αρχεία της Ελληνικής Ιατρικής*, 24 (Συμπλ.1):75-84.
54. Μποζίκας, Β., Κιοσέογλου, Β., Παλιαλιά, Νηματούδης, Ι., Μ., Καράβατος, Α., Ιακωβίδης, Α., Καρίνης, Γ. (2000) Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτικού προσωπικού νοσοκομειακών και εξωνοσοκομειακών δομών ψυχικής υγείας. *Ψυχιατρική*, 11:204-211.
55. Μπουγέα, Α., Κλεισαρχάκης, Ε.Κ., Γκιοκά, Β., Μπελεγρή, Σ. (2015) Η σχέση παραμέτρων του εργασιακού στρες με την επαγγελματική εξουθένωση και το προσλαμβανόμενο στρες. *Ψυχιατρική* 26(2):106-115.
56. Μπουγέα, Α., Κλεισαρχάκης, Ε.Κ., Γκιοκά, Β., Μπελεγρή, Σ. (2015) Η σχέση παραμέτρων του εργασιακού στρες με την επαγγελματική εξουθένωση και το προσλαμβανόμενο στρες. *Ψυχιατρική*, 26(2): 106-115.
57. Μπουραντάς, Δ. (2001) *Μάνατζμεντ «θεωρητικό υπόβαθρο και σύγχρονες πρακτικές»*. Μπένου, Αθήνα.

58. Νούλα, Μ., Μουχάκη, Σ., Αργυροπούλου, Δ., Υφαντή Ε., Κυριακίδου, Β. , Τσιρίγκα, Σ., Γκεσούλη, Ε.(2010) Η επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών σε νοσοκομεία των Αθηνών και της επαρχίας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*,2(2):99-103.
59. Ντελέζος, Κ.,Μέντζιου, Ε., Κούτου, Α., Κονόμη, Κ., Νεστορίδου, Α. (2014) Διερεύνηση εκδήλωσης εργασιακού stress σε περίοδο οικονομικής κρίσης στο διοικητικό προσωπικό του τεχνολογικού εκπαιδευτικού ιδρύματος Αθήνα. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*,1(2): 88-97.
60. Νυφούδη, Ε.(2012) Κίνδυνος: Μυοσκελετικές Παθήσεις. Τι δείχνουν οι μελέτες- Πρόληψη-Αποκατάσταση. *Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας,Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας*, 50:13-20.
61. ΟΟΣΑ *Η Υγεία με μια ματιά: Ευρώπη 2010*, Ανακτήθηκε 23/3/2020 από <https://ec.europa.eu/>
62. Παϊκοπούλου, Δ., Γέραλη, Μ.(2001) Βιολογικοί ρυθμοί στο Νοσηλευτικό επάγγελμα: Η ενδογενής επίδραση της μελατονίνης. *Νοσηλευτική*, 4:38-42.
63. Παπαγεωργίου, Δ., Μπολιουδάκη, Ε., Παπαλά, Ε., Σταματάκη, Π., Καγιαλάρη, Μ., Σταθόπουλος, Θ. (2010) Νοσηλευτές και Συναισθηματική νοημοσύνη:περιγραφική μελέτη. *Journal-ene.gr*, 2(3):69-75.
64. Παπαδάτου, Δ, Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999) *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
65. Παπαθανασίου, Ι.(2012) *Αξιολόγηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Επαγγελματίες υγείας λαι Ψυχικής υγείας*. Διδακτορική διατριβή στον Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας της Ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.
66. Παππά, Ε.Α., Αναγνωστόπουλος, Φ., Νιάκας, Δ.(2008) Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(1):94-101.
67. Πέλεχας, Ε., Αντωνιάδης, Α(2013) Συγκριτική μελέτη ικανοποίησης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε δυο νοσοκομεία της Ελλάδος. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*,30(3):325-334.
68. Ποζουκίδου, Α., Θεοδώρου, Μ., Καϊτελίδου, Δ. (2007) Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο. *Νοσηλευτική*,46(4):537–544.
69. Σακελλαρόπουλος, Γ.(2006) *Εργασιακό στρες και Ικανοποίηση εργαζομένων Νοσηλευτικής υπηρεσίας Δημόσιων Νοσοκομείων Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας*. Διπλωματική εργασία στο πρόγραμμα σπουδών Διοίκηση Μονάδων Υγείας της σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.
70. Σαρίδη, Μ, Καρρά, Α., Σουλιώτης, Κ. (2016) Εργασιακό stress και επαγγελματίες υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*,33(1):73-83.
71. Σιουρούνη, Ε., Θεοδώρου, Μ., Χόνδρος, Π. (2006) Διερεύνηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης. *Επιθεώρηση Υγείας*, 17:31-35.
72. Στεφανίδου, Α., Βάρβογλη, Λ., Λειβαδίτης, Μ., Αργυροπούλου-Πατάκα, Π. Η (2010) Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση του Εργασιακού Stress στους Επαγγελματίες Υγείας. *Νοσηλευτική*, 49(4): 364–376.
73. Τούντας, Γ. (1999) Οι επιπτώσεις του στρες στην υγεία. *Νέα Υγεία*,24:9-13.
74. Τούντας, Γ. (2011) *Κοινωνία και υγεία*. Οδυσσέας, Αθήνα.
75. Τσάρας, Κ., Παπαγιάννη, Μ., Παραλίκας, Θ., Φραδέλος, Ε., Λαχανά, Ε., Παπαθανασίου, Ι. (2018)Σχέση επαγγελματικής ικανοποίησης και ψυχικής υγείας των εργαζομένων σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής πρόνοιας.Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 11(4): 38-47.
76. Τσουβαλιτζίδου, Θ., Αλεξόπουλος, Ε., Βαγγέλη, Ε., Μεσολωρά, Φ., Δετοράκης, Ι., Γελαστοπούλου, Ε. (2011) Επαγγελματικό στρες, εργασιακή ικανοποίηση και ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας νοσηλευτικού προσωπικού στο νομό Αχαΐας. *Αχαϊκή Ιατρική*, 30(2): 149-156.
77. Υπουργείο Υγείας (2020) Μαρούγκα, Μ.,Σκαλή, Δ., Κοντοάγγελος, Κ., Οικονόμου, Μ. *Οδηγός για υγειονομικό προσωπικό για την ψυχική διαχείριση της επιδημίας covid-19*. Ιατρική σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα. <https://www.moh.gov.gr>

78. Φραγκούλη, Α., Παπαθεοφίλου, Ρ, Καλλινάκη, Θ. (2000) Διεπαγγελματική συμβουλευτική: Η χρησιμότητα της σε ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες και σε ειδικά σχολεία. Στο: Καλαντζή-Αζίζι, Α., Μπεζεβέγκης, Γ. Η. (Επιμ.), *Θέματα Επιμόρφωσης/ Ευαισθητοποίηση Στελεχών Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
79. Φραδέλος, Ε., Στάικος, Χ. (2013) Η συμβολή της ενεργητικής ακρόασης στην ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας. *Επιστημονικά χρονικά* 18(4):213-219.
80. Φώσκολος Δ. Στρες, Κατάθλιψη και Alzheimer: Το τρίγωνο της λήθης; (2011) *Εγκέφαλος*, 48(3):131-136.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ ☐ ΓΥΝΑΙΚΑ ☐

2. ΗΛΙΚΙΑ:.....

3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΕΓΓΑΜΟΣ/Η ☐ ΑΓΑΜΟΣ/Η ☐
 ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η ☐ ΧΗΡΕΙΑ ☐ ΣΥΜΒΙΩΣΗ ☐

4. ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ:.....

5. ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ: ΔΕ ☐ ΤΕΙ ☐ ΑΕΙ ☐
 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ☐ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ☐
 ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ☐ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ☐
 ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ☐ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ ☐

6. ΠΟΤΕ ΑΠΟΚΤΗΣΑΤΕ ΤΟΝ ΠΙΟ ΠΡΟΣΦΑΤΟ ΤΙΤΛΟ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΑΣ;

--	--	--	--

7. ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

8. ΈΤΗ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΥΝΟΛΙΚΑ
 Α.ΣΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΧΡΟΝΙΑ
	ΧΡΟΝΙΑ
	ΧΡΟΝΙΑ

 ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ
 Β.ΣΤΟΝ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ
 Γ.ΣΤΟ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΤΜΗΜΑ

9. ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: ΜΟΝΙΜΟΣ ☐ ΣΥΜΒΑΣΙΟΥΧΟΣ ☐
 ΑΟΡΙΣΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ☐ ΆΛΛΟ.....

10. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΒΑΘΜΙΔΑ: ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ☐ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ☐
 ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ☐ ΆΛΛΟ.....

11. ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ: ΜΙΚΡΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 500€ ☐ 501-700€ ☐
 701-1000 €☐ 1001-1500 €☐ 1.501-2000€ ☐ 2001 ΚΑΙ ΑΝΩ€ ☐

12. ΤΙ ΣΑΣ ΟΔΗΓΗΣΕ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ;(ΤΣΕΚΑΡΕΤΕ ΕΝΑ Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ)
 Α. Η ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΜΟΥ ΝΑ ΒΟΗΘΗΣΩ ΤΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ☐
 Β. Η ΑΜΕΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ☐
 Γ. ΟΙ ΕΠΙΡΟΕΣ ΠΟΥ ΔΕΧΤΗΚΑ ΑΠΟ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΜΟΥ ☐
 Δ. ΤΥΧΑΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ ☐
 ΣΤ. ΆΛΛΟ (ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΙΕΥΚΡΙΝΕΙΣΤΕ).....

13. ΠΟΙΑ Η ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΑΣ ΣΕ ΚΛΙΝΕΣ;
 ΛΙΓΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ 200 ΚΛΙΝΕΣ ☐ 200-400 ΚΛΙΝΕΣ ☐ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ 400 ΚΛΙΝΕΣ ☐

Β' ΜΕΡΟΣ- ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

1. ΣΕ ΠΟΣΑ ΑΤΟΜΑ ΠΡΟΣΦΕΡΕΤΕ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΑΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ;

.....

2. ΠΟΣΕΣ ΝΥΧΤΕΡΙΝΕΣ ΒΑΡΔΙΕΣ ΤΟΝ ΜΗΝΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ;

.....

3. ΠΟΣΕΣ ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΕΣ ΒΑΡΔΙΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ;

.....

Γ' ΜΕΡΟΣ

Ερωτηματολόγιο καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης(Maslach)

Οι παρακάτω προτάσεις περιγράφουν πως μπορεί να νιώθει κάποιος στην εργασία του. Κυκλώστε το νούμερο που ανταποκρίνεται στην κατάσταση σας αυτή τη στιγμή.

	Ποτέ δεν μου συμβαί- νει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγό- τερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδο- μάδα	Αρκετές φορές την εβδο- μάδα	Κάθε μέρα
1.Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
2.Νιώθω άδειος/α σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά	0	1	2	3	4	5	6
3.Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμη μια μέρα στη δουλειά	0	1	2	3	4	5	6
4.Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν	0	1	2	3	4	5	6
5.Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν	0	1	2	3	4	5	6
6.Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα	0	1	2	3	4	5	6
7.Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου	0	1	2	3	4	5	6
8.Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
9.Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
10.Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς	0	1	2	3	4	5	6

τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά							
11.Με προβληματίζει ότι σιγά- σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή	0	1	2	3	4	5	6
12.Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα	0	1	2	3	4	5	6
13.Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
14.Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
15.Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου	0	1	2	3	4	5	6
16.Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους	0	1	2	3	4	5	6
17.Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου	0	1	2	3	4	5	6
18.Στο τέλος της ημέρας έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου	0	1	2	3	4	5	6
19.Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά	0	1	2	3	4	5	6
20.Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια...νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι	0	1	2	3	4	5	6
21.Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά	0	1	2	3	4	5	6
22.Νομίζω ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους	0	1	2	3	4	5	6

Κλίμακα Επαγγελματικής Ικανοποίησης(Spector, 1985): Job Satisfaction Survey (JSS).

Για κάθε ερώτηση κυκλώστε την απάντηση που ταιριάζει περισσότερο στην απόψή σας σχετικά με αυτήν.	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ αρκετά	Διαφωνώ ελάχιστα	Συμφωνώ ελάχιστα	Συμφωνώ αρκετά	Συμφωνώ απόλυτα
Copyright Paul E. Spector 1994, All rights reserved.						
1.Πιστεύω ότι αμοίβομαι δίκαια για την εργασία που κάνω.	1	2	3	4	5	6
2.Υπάρχουν πολύ λίγες ευκαιρίες προαγωγής στην εργασία μου.	1	2	3	4	5	6
3.Ο/Η προϊστάμενός μου είναι αρκετά ικανός στη δουλειά του.	1	2	3	4	5	6
4.Δεν είμαι ικανοποιημένος/η από τις πρόσθετες παροχές(ασφαλιστική κάλυψη, συνταξιοδοτικές προοπτικές, μετ' αποδοχών) που λαμβάνω πέραν του μισθού.	1	2	3	4	5	6
5.Όταν κάνω καλά τη δουλειά μου αναγνωρίζεται όπως θα έπρεπε.	1	2	3	4	5	6
6.Πολλοί από τους κανονισμούς και τις διαδικασίες που ακολουθεί ο οργανισμός κάνουν την διεκπεραίωση μιας σωστής δουλειάς δύσκολη.	1	2	3	4	5	6
7.Συμπαθώ τους ανθρώπους με τους οποίους δουλεύω μαζί.	1	2	3	4	5	6
8.Μερικές φορές αισθάνομαι πως η εργασία μου δεν έχει νόημα.	1	2	3	4	5	6
9.Η επικοινωνία φαίνεται καλή στον οργανισμό που απασχολούμαι.	1	2	3	4	5	6
10.Οι αυξήσεις του μισθού είναι μικρές και σπάνιες.	1	2	3	4	5	6
11.Αυτοί που κάνουν καλά τη δουλειά τους έχουν αρκετές πιθανότητες προαγωγής.	1	2	3	4	5	6
12.Ο προϊστάμενος/η είναι άδικος μαζί μου.	1	2	3	4	5	6
13.Οι πρόσθετες παροχές που παίρνω από την εργασία μου είναι το ίδιο καλές με αυτές που προσφέρουν οι άλλοι οργανισμοί.	1	2	3	4	5	6
14.Δεν αισθάνομαι ότι η δουλειά μου εκτιμάται.	1	2	3	4	5	6
15.Οι προσπάθειες να κάνω καλά τη δουλειά μου σπάνια εμποδίζονται από τη γραφειοκρατία.	1	2	3	4	5	6
16.Πιστεύω ότι πρέπει να δουλεύω πιο σκληρά εξαιτίας της ανικανότητας των συνεργατών μου.	1	2	3	4	5	6
17.Μου αρέσουν τα πράγματα που κάνω στην εργασία μου.	1	2	3	4	5	6
18.Οι στόχοι του οργανισμού στον οποίο εργάζομαι δεν	1	2	3	4	5	6

μου είναι σαφείς.						
19.Αισθάνομαι ότι ο οργανισμός στον οποίο δουλεύω δεν εκτιμά τη δουλειά μου, όταν σκέφτομαι τον μισθό που παίρνω.	1	2	3	4	5	6
20.Οι εργαζόμενοι εδώ δεν μπορούν να ανελιχθούν τόσο γρήγορα, όπως γίνεται σε άλλους οργανισμούς.	1	2	3	4	5	6
21.Ο προϊστάμενος/η ενδιαφέρεται ελάχιστα για τα συναισθήματα των υφισταμένων του/της.	1	2	3	4	5	6
22.Το πακέτο πρόσθετων παροχών που μας προσφέρει η εργασία μας είναι δίκαιο.	1	2	3	4	5	6
23.Υπάρχουν λίγες ανταμοιβές για όσους εργάζονται εδώ.	1	2	3	4	5	6
24.Έχω μεγαλύτερο φόρτο εργασιών από ότι θα έπρεπε.	1	2	3	4	5	6
25.Περνώ ευχάριστα με τους συναδέλφους μου.	1	2	3	4	5	6
26.Συχνά αισθάνομαι ότι δεν ξέρω τι συμβαίνει στον οργανισμό που εργάζομαι.	1	2	3	4	5	6
27.Αισθάνομαι υπερήφανος/η για την εργασία που κάνω.	1	2	3	4	5	6
28.Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η από τις ευκαιρίες που υπάρχουν για αύξηση του μισθού μου.	1	2	3	4	5	6
29.Υπάρχουν πρόσθετες παροχές που δεν λαμβάνουμε, ενώ θα έπρεπε.	1	2	3	4	5	6
30.Συμπαθώ τον προϊστάμενό μου.	1	2	3	4	5	6
31.Έχω περισσότερη γραφειοκρατική δουλειά από ότι θα έπρεπε.	1	2	3	4	5	6
32.Δεν θεωρώ ότι οι προσπάθειές μου ανταμείβονται όπως θα έπρεπε.	1	2	3	4	5	6
33.Είμαι ικανοποιημένος/η από τις ευκαιρίες προαγωγής που μου παρέχονται.	1	2	3	4	5	6
34.Υπάρχουν πολλοί διαπληκτισμοί και διαμάχες στη δουλειά μου.	1	2	3	4	5	6
35.Η εργασία μου είναι ευχάριστη.	1	2	3	4	5	6
36.Οι εργασίες ανατίθενται χωρίς να εξηγούνται πλήρως.	1	2	3	4	5	6

Ευχαριστώ για τη συνεργασία σας!